BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

APPROXIMATION VISCÉRALE

PAR PLAQUES ABSORBABLES

(Méthode de Senn)

PAR

Le Docteur WILLIAM S. MAGILL A.M.

DE LA FACULTÉ DE PARIS

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1894

15680

23.Q.3

En terminant mes études en France, je prie mes maîtres d'accepter mes remerciements pour leur enseignement et les marques d'intérêt personnel qu'ils ont manifesté à mon égard.

A M. le professeur Dieulafoy (Necker) et à M. le docteur Cuffer (Tenon, 1891) je dois ma clinique médicale. Pour la clinique chirurgicale, je dois toute ma reconnaissance à M. le professeur Duplay (Charité, 1890), à M. le docteur Berger (Lariboisière, 1892), à M. le professeur Terrier (Bichat, 1892-93), et à M. le professeur Guyon (Necker, 1893).

Pour la clinique obstétricale, à M. le professeur Pinard (Baudelocque, 1894).

Mes remerciements sont dus à M. le professeur Senn, de Chicago, à M. Jessett, chirurgien du Cancer Hospital-Londres, et à M. Wright, chirurgien du Royal-Infirmary Manchester, pour les matériaux qu'ils ont mis à ma disposition pour ce travail.

A M. le professeur Murphy, de Chicago, j'offre tous mes remerciements pour les détails de son procédé qu'il a bien voulu me fournir.

Approximation viscérale par plaques absorbables

L'approximation viscérale par plaques absorbables fut proposée par Senn en 1887, appuyée sur ses études de chirurgie intestinale et longuement expérimentée sur les animaux. Les expériences par lesquelles l'auteur passait outre aux procédés de suture à cause de leur insuffisance sont classiques aux États-Unis.

L'expérimentation entreprise par Jessett et Horsley, a fait connaître le procédé en Angleterre.

Au Congrès intercolonial d'Australie de 1892, le président de la section de chirurgie, dans son discours d'ouverture, déclare la nécessité pour tout chirurgien de connaître les travaux de Senn sur la chirurgie de l'estomac et de l'intestin (Résumé du Congrès d'Australie. Revue de chirurgie, 1893, p. 276-283).

Von Baracz publie ses expériences et observations en Allemagne, expériences reprises par von Eiselsberg et Salzer.

Dans tous les pays on a beaucoup écrit sur le procédé, quelques-uns l'ont consciencieusement appris et pratiqué avec les résultats qu'on verra plus loin, mais bien d'autres se sont contentés d'écrire et de critiquer en proportion inverse de leur connaissance du sujet. Ce qui explique la confusion qui existe souvent dans l'interprétation des résultats.

Définition

On désigne ce procédé comme « Méthode de Senn ». Il faut s'entendre, la « Méthode de Senn » peut servir à désigner l'approximation viscérale maintenue en contact par plaques absorbables, jusqu'à l'établissement d'adhérences complètes entre les deux surfaces séreuses.

L'auteur du procédé, après avoir expérimenté des nombreuses substances, fixait son choix sur des plaques d'os décalcifiées. D'autres chirurgiens ont essayé plusieurs substituts pour l'os et les expériences sur le chien semblent établir qu'on pouvait employer même des plaques non absorbables, caoutchouc, cuir, etc., mais celles-ci n'entreraient pas dans la définition de la méthode de Senn.

Dawbarn, en Amérique, propose des plaques végétales, coupées dans une pomme de terre, et von Baracz, en Allemagne, reprenant l'idée et les expériences de Dawbarn, après des nombreuses recherches, préfère les plaques façonnées dans une tranche de navet, et opère chez l'homme avec ces plaques qui lui donnent un brillant succès. Il nous semble que les plaques de von Baracz offrent quelques avantages sur les plaques d'os décalcifiées, à part de leur préparation facile, mais les observations publiées concernent plutôt les plaques recommandées par Senn.

Les plaques d'os décalcifiées demandent une préparation particulière, si elles ne se trouvent pas toutes prêtes ou procurables chez un fabricant, on peut se servir des plaques végétales.

Préparation des plaques

Dans le tissu compact du fémur ou du tibia d'un bœuf on coupe les plaques en forme ovale, épaisses de 5 millimètres et demi, larges de 2 centimètres et demi. On place ces plaques dans une solution d'acide chlorhydrique à 10 °/₀, la solution renouvelée toutes les 24 heures jusqu'au moment où les plaques sont assez molles d'être pliées dans toutes les directions sans se fracturer, après décalcification complète on les lave avec une solution de potasse pour enlever l'excès d'acide.

On fait une ouverture centrale avec un canif, ouverture de 3 centimètres de longueur et trois quarts de centimètre de largeur. A chaque extrémité de la plaque et de chaque côté, juste au milieu, près du bord de l'orifice interne, on fait un trou par lequel, à une extrémité, on introduit une aiguille armée d'un fil de soie double, on fait sortir l'aiguille par un trou latéral, alors ne laissant qu'un bout du fil dans le premier trou, on retire l'autre bout pour le faire passer par le trou de l'autre extrémité de la plaque. Ce procédé répété d'un trou externe par le trou latéral de l'autre côté où l'aiguille est laissée en place, et un des bouts du fil double inséré dans le trou de l'extrémité opposée, donne une plaque armée de quatre fils doubles dont les latéraux sont armés d'aiguilles. Une deuxième plaque semblable nous donne une paire qui constitue l'appareil nécessaire pour une approximation viscérale par la méthode de Senn.

Ces plaques peuvent avoir des dimensions variables suivant le genre de l'opération et l'âge de l'opéré; on

les conserverait dans une solution à parties égales d'alcool, de glycérine et d'eau. Employée à l'état humide, la plaque ne change pas de volume après son insertion dans l'estomac et l'intestin et s'y résorbe entre le troisième et le dixième jour qui suit l'opération.

La plaque végétale peut être faite au moment même de l'opération ; avec un couteau large on coupe des tranches de choux-navet, épaisses de 5 millimètres, façonnées ellipsoïdes, longues de 7 centimètres et demi, larges de 3 centimètres et demi, l'ouverture interne longue de 3 centimètres, large de trois quarts de centimètre, ces plaques trouées et armées de fils de la même façon que les plaques d'os décalcifiées, peuvent servir de suite où être conservées dans une solution d'acide phénique à 1 % qui les durcit un peu.

Les instruments ordinaires pour toute laparatomie, une aiguille pour suturer l'intestin et deux pinces pour compression intestinale, seront indiqués si on ne préfère la compression digitale de l'intestin par un aide, où une ligature élastique ; recommandée par Senn, où une ligature temporaire à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée passée à travers le mésentère et légèrement serrée sur l'intestin.

L'approximation viscérale par la méthode de Senn a été faite pour les opérations suivantes : pylorectomie, gastro-enterostomie, jejuno-ileostomie, ileo-ileostomie, ileo-colostomie, ileo-sigmoïdostomie, colo-colostomie, cholecysto-colostomie.

Nous publions 63 observations que nous avons pu avoir en détail, trois autres observations d'ileo-colostomie par la méthode de Senn se trouvent résumées dans la thèse du Dr Baillet. Paris, 1894. « La

résection du segment ileo-cœcal de l'intestin ». Obs. 10, 17 à 55.

Citons ici trois cas de gastro-enterostomie faite par Fenger, Hunter et Ransohoff, dont Abbe (Med. News 89, vol. 54, p. 589) signale les trois succès. Dawbarn (Annals of Surgery, 93, vol. 17, p. 147) cite une gastro-enterostomie à l'aide des plaques de navet faite par Heigl, le 20 juillet 1892, succès. Russell (New-York Med. Journal, 1890, vol. 52, page 673), dit avoir fait une gastro-enterostomie par méthode de Senn avec plein succès. Barker dit au Clinical Society - Lond. (Brit. Med. Journal, 93, vol. 2, p. 994) qu'il a opéré trois fois par la méthode de Senn. Nous n'avons trouvé qu'une seule observation publiée par cet auteur.

Jessett nous écrit qu'il a fait, sans les avoir publiées, trois gastro-enterostomies par la méthode de Senn, et Wright, de Manchester, nous écrit avoir deux opérations par la méthode de Senn, qu'il n'a pas publiées. Dans nos recherches, nous avons trouvé des traces d'autres opérations par cette méthode, mais les publications indiquées ne se trouvent pas accessibles en France. Il nous semble que déjà en Amérique et en Angleterre on ne publie plus les « Méthodes de Senn » : la raison est facile à saisir, l'opération n'est plus une nouveauté. Elle se trouve enseignée dans les livres modernes d'opérations chirurgicales. Les sept années passées depuis la publication de cette méthode par l'auteur, ont suffi, dans ces pays, pour établir sa supériorité sur tout procédé de suture. Depuis fort longtemps, on donne à l'auteur la gloire d'avoir tranché en deux la mortalité de ces opérations.

Dans toute la littérature médicale, nous n'avons

trouvé aucune étude des résultats de la méthode de Senn. En France, cette méthode a rencontré une critique hostile qui nous paraît souvent trop légère et injuste. Réunir dans un seul travail toutes les observations de cette méthode, laissant de côté toutes celles dont les détails nous manquent, exposer le manuel opératoire, étudier la méthode et ses résultats, nous semble une œuvre utile. Depuis trois ans, ce sujet nous occupe d'une façon toute particulière.

Nous trouvons que 48 de nos 63 observations sont des gastro-enterostomies, ce qui nous donne un nombre suffisant pour établir les résultats. Nous nous proposons de décrire le procédé de gastro-enterostomie par la méthode de Senn, le manuel opératoire ainsi indiqué suffira pour rendre facile l'adaptation à toute approximation viscérale sans indication particulière pour chaque cas.

Préparation du malade

Pour une intervention pour sténose du pylore, la plupart des auteurs recommandent les précautions suivantes : préparation des malades pendant plusieurs jours, par régime lacté, lavements nutritifs, lavage de l'estomac matin et soir avec une solution antiseptique. Il nous semble et notre opinion se trouve confirmée par quelques observations, que cette période de préparation peut être très courte ; les lavages de l'estomac, les lavements nutritifs, les vomissements, qui persistent malgré le régime lacté, toutes ces causes de fatigue du malade pourraient être évitées par une opération immédiate qui, en établissant la continuité du canal digestif,

permettrait au malade de se rétablir dans les meilleures conditions. Nous dirons de même des manœuvres de diagnostic employées par quelques chirurgiens, l'insufflation de l'estomac ou son remplissage avec un liquide. Il semble que le cas doit être rare où les diagnostics du sténose du pylore, de la dilatation de l'estomac, ne seraient pas affirmatifs sans qu'on ait besoin de ces manœuvres qui ne peuvent être faites sans fatiguer plus ou moins le sujet, nous les réserverons pour les cas de diagnostic autrement impossible.

L'intervention doit être rapide. Chaque jour de retard n'est qu'une prolongation de la période d'inanition plus ou moins complète dans laquelle se trouvent la plupart des malades proposés pour une intervention chirurgicale. Les préliminaires de l'opération se borneraient à ceux de toute laparotomie.

Choix d'un anesthésique

Si on néglige le lavage de l'estomac, l'anesthésique employé doit être choisi afin d'éviter les vomissements pendant l'anesthésie, l'état du malade doit être considéré et aussi la durée de l'opération, qui est notée le plus souvent moins qu'une demi-heure.

L'éther expose aux vomissements pendant la période de l'anesthésie, le chloroforme aurait une tendance à prolonger la période post-opératoire qui précède le réveil. Il nous semble que l'état affaibli du malade indiquerait l'emploi de la méthode d'anesthésie mixte, le bromure d'éthyle, suivie par le chloroforme, ce qui donnerait une anesthésie sans vomissements, réveil rapide, avec l'emploi de très peu de réactif. On sait qu'à

tel degré on arrive par cette méthode à supprimer les vomissements post-opératoires.

Opération

Le malade endormi, le champ opératoire assuré aseptique par les compresses stérilisées, on ouvrirait le péritoine par une incision médiane entre l'apophyse xyphoïde et l'ombilic, qu'on prolongera suivant les indications particulières de chaque cas ou l'habitude de l'opérateur. L'hémostase et l'incision du péritoine faites avec toutes les précautions usuelles, la main droite, introduite dans la cavité abdominale, reconnaît l'état du pylore, l'existence des adhérences et toute indication nécessaire pour déterminer l'intervention, pylorectomie avec gastro-jejunostomie ou la dernière opération seule possible, la tumeur étant inopérable.

La gastro-enterostomie déterminée, on repousse à droite le grand épiploon et l'intestin grêle ; la main, profondément introduite, va chercher l'origine du jejunum à gauche de l'épine dorsale, descendant un peu sur le jejunum; on en fait une anse qu'on ramène par-dessus le bord gauche du grand épiploon, dans la plaie abdominale ; cette anse vidée de son contenu par les doigts et une partie longue de 10 à 15 centimètres assurée contre tout reflux du contenu intestinal par deux ligatures élastiques, pinces à comprimer l'intestin ou par compression entre les doigts d'un aide, on entoure la région avec des compresses stérilisées pour inciser l'anse longitudinalement sur son bord opposé à l'insertion du mésentère assez longue pour permettre l'insertion de la plaque absorbable (3 centimètres) ; la plaque en

place, les aiguilles des fils latéraux sont passées à travers toutes les couches intestinales, de dedans en dehors, près du bord de l'incision, à mi-chemin entre ses extrémités ; ceci fait, les fils terminaux de la plaque sont ramenés dans les angles de l'incision. On couvre tout avec une compresse stérilisée et confie l'anse à un aide à tenir dans la partie inférieure de l'incision abdominale pendant que l'opérateur amène dans la plaie l'estomac plus ou moins dilaté ; l'organe, entouré de compresses stérilisées, est incisé sur la paroi antérieure, à quelques centimètres de la grande courbure, incision longue de 3 centimètres, parallèle à l'axe longitudinal de l'estomac se terminant vers le pylore à une distance d'au moins 5 centimètres du bord du néoplasme ; l'évacuation du contenu peut être faite par cette incision. Une suture en surjet au catgut fin peut être utile sur le bord de l'incision pour empêcher la hernie de la muqueuse et l'hémorrhagie qui l'accompagne souvent. L'incision stomacale doit y laisser glisser la plaque sans l'emploi de forces aucunes.

Les fils de la plaque, arrangés de la même façon que pour la précédente, on gratte légèrement les séreuses de l'estomac et de l'intestin, sans causer aucune hémorrhagie qui pourrait former un caillot et empêcher la formation des adhérences. Après la toilette des parties, on approche les deux plaques, ayant soin que la direction de l'action péristaltique de l'intestin corresponde à celle de la contraction stomacale. L'approximation est faite en nouant les fils, fils latéraux postérieurs les premiers. Les fils doivent être assez serrés pour assurer le contact des surfaces, mais sans interrompre la circulation. Alors on coupe les fils très près

du nœud, on noue les fils terminaux et dernièrement les fils latéraux antérieurs, s'assurant que la marge des plaies viscérales se trouve tout à fait au-dessous de la plaque. Ces derniers fils coupés très courts on repousse le nœud aussi loin que possible entre les plaques avec un stylet. L'approximation est faite. Des sutures de Lembert complémentaires peuvent être faites par le chirurgien autour des bords des plaques, s'il a des doutes sur l'opposition exacte des surfaces séreuses. Ces sutures complémentaires seront faites avec de la soie fine, on en trouve la mention assez souvent dans les observations, en nombre de trois à six.

S'assurant par une dernière inspection de l'état des parties, dont on fait la toilette, on les réduit dans l'abdomen qu'on ferme par trois étages de sutures. Pansement aseptique et compressif maintenu par une ceinture de flanelle.

Traitement post-opératoire

Le traitement post-opératoire sera celui de toute intervention abdominale. Un réveil rapide de l'anesthésie et réaction contre le choc opératoire sont à désirer. On évitera autant que possible les narcotiques, soutenant les forces du malade par des lavements stimulants et nutritifs en petite quantité mais souvent répétés.

Senn recommande de commencer, au bout de 48 heures, une alimentation liquide par voie buccale, diète simple à la fin de la première semaine. Ce chirurgien conseille de maintenir le malade au lit pendant un mois pour éviter la production d'une éventration. Il nous semble que la méthode employée par notre

maître, le professeur Terrier, pour suturer la paroi abdominale à trois étages, suffit pour écarter tout danger d'éventration sans qu'on maintienne le malade au repos plus qu'il ne faut pour la cicatrisation complète de la plaie.

Nous attachons une importance toute particulière à alimenter le malade de bonne heure, d'autant plus qu'on ne trouve aucun accident de cette origine dans les observations, et, au contraire, plusieurs chirurgiens nous disent leur regret d'avoir perdu leur opéré par inanition, qui, déclarent-ils, aurait pu être évité par une alimentation plus immédiate après l'opération. Plusieurs de nos observations viennent confirmer avec succès la nécessité d'une alimentation plus complète et plus prompte.

Observation 1 (Allingham).

J. R., âgée de 47 ans, fut admise à Great Northern Central Hospital le 24 février 1892. A son entrée la malade disait que sa maladie avait commencé en octobre 1891 par malaise et douleur dans la région épigastrique ; la douleur fut aggravée par les aliments et nécessitait une diète particulière. Les attaques de nausée étaient journalières, survenant le soir, après son dîner. Les vomissements, précédés par une sensation de brûlure à l'épigastre et à l'arrière-bouche, n'étaient pas accompagnés d'efforts, mais le contenu de l'estomac montait dans la bouche et le vomissement soulageait la douleur épigastrique pour quelque temps. La matière, les vomissements contenant les repas avaient une apparence mousseuse, jaune clair (quelquefois verdâtre) et non répulsifs, il n'y avait pas de sang. Elle avait remarqué une grosseur premièrement dans la région épigastrique, juste au-dessous le rebord costal et un peu à gauche du cartilage xyphoïde ; cette grosseur était dure et peu sensible, mais toute la douleur épigastrique semblait localisée là.

Antécédents personnels. — Célibataire, réglée régulièrement avant, mais maintenant dérangée par sa maladie. Depuis trois ans, sa santé était moins bonne qu'auparavant, avec quelques attaques bilieuses, cédant au traitement ; troublée par constipation. En mars 1891, elle était soignée pour la goutte à l'estomac au County Hospital et bénéficiait de son traitement. Elle avait eu aussi des douleurs rhumatismales aux genoux, chevilles, et aux articulations des gros orteils, mais n'avait jamais souffert d'une attaque sévère. Elle était cuisinière depuis dix-huit ans. Aucun antécédent pathologique héréditaire.

La malade, femme assez bien nourrie, poids 114 livres, disait avoir maigri considérablement, teint clair mais non anémique, peau sèche et dure. La malade était faible et ses muscles flasques, la peau du corps pouvait être soulevée en plis.

Sa figure, inquiète et tirée par la douleur, la langue propre

et humide, constipation opiniâtre. La malade se plaint surtout de nausées journalières, sensibilité à la région épigastrique et des douleurs assez fortes à cet endroit. Depuis trois semaines elle a gardé le repos au lit, ses symptômes ayant été aggravés par un séjour au bord de la mer.

La paroi abdominale mince, mais aucune distension de l'abdomen, les veines superficielles ne sont pas élargies, aucune saillie locale, aucune action péristaltique visible. La malade décrit sa douleur comme une sensation de morsure à l'épigastre juste au-dessous du cartilage xyphoïde, un peu à gauche. La douleur est à peu près constante, soulagée seulement pendant un temps très court, par les vomissements, aggravés par l'alimentation, le lait et l'eau glacée causent le moins de malaise.

Au moment le plus fort de la douleur elle ressentit la sensation de morsures dans le dos ; entre les épaules, et de cette façon diffuse sans aucune localisation à l'épigastre.

A la palpation on sentait dans la région épigastrique, au-dessous et à droite du cartilage xyphoïde, un néoplasme, dur, nodulaire, gros comme une orange de Tanger, non arrondi mais, en apparence, carré avec les bords nettement définis. A un endroit le bord inférieur du néoplasme pouvait être facilement senti; juste au-dessous du cartilage xyphoïde et à gauche, plongeant au-dessous du rebord costal et s'étendant jusqu'au bord externe du grand droit de l'abdomen se trouvait une masse dure et résistante, qui semblait logée très profondément, mate à la percussion; donnant le choc communiqué par l'impulsion, aucune expansion latérale et aucune descente avec la respiration profonde. Cette masse était sensible au palper et l'examen causait une douleur qui persistait pendant quelque temps.

Au dire de la malade, cette grosseur augmentait graduellement de volume et se déplaçait. Quelquefois, la malade couchée sur le côté gauche sentait la grosseur dans la région de l'hypochondre gauche ; la malade debout, la tumeur ne descendait pas à l'ombilic. Les autres régions de l'abdomen étaient résonnantes, aucune matité dans les flancs.

Malgré ses nausées persistantes, la malade n'avait aucun dégoût des aliments et avait bien la sensation de faim. Elle était faible sans être cachectique, et n'avait aucun engourdissement des extrémités, les transpirations étaient rares et la peau sèche, mais il n'y avait aucun mouvement fébrile.

La nuit du 20 février, après un grand lavement, il s'y produisait la première défécation depuis douze jours, matières de constipation, colorées en brun mais pas en scybales, la malade maigrit manifestement, et malgré son état anémique, ses joues se coloraient chaque soir au moment de ses nausées.

Le 2 mars 1892, après un lavage de l'estomac, on l'opérait.

Opération. — L'abdomen fut ouvert par une incision longue de 10 centimètres commençant au cartilage xyphoïde, aucun liquide dans la cavité péritonéale. En explorant l'estomac on trouvait l'extrémité pylorique occupée par un néoplasme gros comme une orange de Tanger, très dense et immobile, on tirait dans la plaie la paroi antérieure de l'estomac et l'entourait avec des éponges, on fit une incision dans l'estomac, longue de 4 centimètres. Estomac vide, à part une légère quantité de liquide clair qui s'échappait. Une anse du jejunum fut sortie dehors au point distant d'à peu près 22 centimètres du duodénum, et isolée de la même façon que l'estomac et incisée pareillement après avoir été vidée et liée par des bandes de caoutchouc passées à travers le mésentère, l'intestin ne contenait qu'une très petite quantité de suc intestinal. Par les incisions de l'estomac et de l'intestin on plaçait les plaques d'os décalcifiées, les apposait et les attachait par trois fils, des points de suture de Lembert complémentaires furent placés après dans les couches péritonéales de l'estomac et de l'intestin. La plaie abdominale fut fermée par des sutures au crin de Florence et pansée.

La malade souffrait beaucoup du choc mais n'avait aucune nausée et passait une bonne nuit ; le jour suivant deux accès de nausée pendant la matinée et un vomissement liquide, marc de café avec quelque mucus, nourrie

par des lavements nutritifs. Le matin du quatrième jour, la malade prétendait que le cognac du lavement lui causait des nausées et une sensation de brûlure à l'estomac. Pansement de la plaie l'après-midi. Il y avait de la flatulence, un peu de matité dans le flanc gauche, mais aucune distension ni sensibilité de l'abdomen. Plus tard, dans l'après-midi, après un lavement, autres attaques de vomissements.

Le cinquième jour, les matières vomies furent, pour la première fois, imprégnées de bile, d'une couleur verdâtre.

Le huitième jour, pansement de la plaie, trois sutures furent enlevées et un peu plus tard ablation de deux autres sutures. Lavement sans effet immédiat, ramène plus tard dans la journée la première évacuation intestinale depuis l'opération ; matières abondantes, colorées légèrement en brun et d'apparence un peu bilieuses.

Pendant quatre jours, avant le 14, il y avait trois évacuations intestinales à la suite de l'administration de la poudre de réglisse. Pendant huit jours, la malade ne souffrait plus de nausées, on avait cessé les lavements nutritifs et on commençait une alimentation simple par voie buccale.

Entre le 10 et le 18, des purgatifs furent nécessaires pour provoquer une évacuation intestinale. Le 18, la plaie fut complètement guérie et solide, mais le soir de ce jour la malade fut prise de nausée.

Pendant quelques jours une diarrhée légère, matières colorées légèrement en brun et contenant des morceaux d'aliments en partie digérés, la malade pouvait se lever et se reposer sur une chaise longue.

Le 21, quelques nausées, mais un vomissement glaireux simplement et ce jour il fut permis à la malade de boire un peu de vin de Bordeaux.

Pendant la première quinzaine d'avril la malade n'avait aucune nausée, se nourrissait d'une alimentation simple et se trouvait confortable, mais le soir du 14 elle avait un peu de nausée et se plaint de l'ancienne sensation de

brûlure dans l'arrière-gorge. Le 17, encore des nausées et un vomissement de glaires verdâtres contenant un peu d'aliments. La nuit du 10 mai elle était malade, vomissant des aliments digérés, pas de sang et non mousseux. Pendant quelques jours il y avait une douleur dans la région hypochondrique gauche, lancinante et remontant dans le dos.

Le 15 mai, nausée après avoir dîné ; vomissement d'aliments altérés imprégnés de bile et mousseux, regurgitations glaireuses chaudes et acides dans l'arrière-pharynx, aggravées par le décubitus dorsal, par conséquent la malade passait la nuit assise.

Le 20 mai, une douleur dans la région supra-claviculaire droite attirait l'attention sur une grosseur à cet endroit, grosseur sensible mais aucune coloration rouge de la peau. La douleur s'irradiait en élancements dans les bras, et les bouts des doigts de la main droite étaient livides, aucun œdème notable du membre droit. Des fomentations chaudes furent appliquées mais sans aucun soulagement. Le 28, la grosseur était stationnaire, mais la malade avait beaucoup souffert de la douleur du cou et des épaules.

La malade pèse 122 livres au lieu de 114 livres au moment de l'opération, et elle quittait l'hôpital le 31 mai.

Le 29 juin, j'ai revu la malade qui me disait qu'elle prenait facilement les aliments liquides, mais vomissait quelquefois ses aliments solides. De temps en temps elle avait une douleur de la poitrine gauche et la grosseur cervicale était élargie et plus sensible.

Elle est morte dans le nord d'Angleterre vers la fin de juillet et aucune autopsie ne fut possible, n'ayant appris sa mort que huit jours après. La malade avait survécu cinq mois à l'opération.

Observation 2 (Atkinson).

Femme mariée, âgée de 45 ans, symptômes d'obstruction du pylore depuis deux ans ; au moment qu'elle consultait, elle se plaignait de douleurs après les repas,

vomissements tous les jours, au commencement de matières muqueuses, mais dernièrement elle rend tous les aliments ingérés et quelquefois des mucosités colorées en brun foncé. Amaigrissement énorme pendant quelques mois, elle a perdu 28 livres de son poids. Il y avait une tumeur circonscrite, bien définie, dure et cylindrique à l'union de l'hypochondre droit à l'épigastre. Opération par la méthode de Senn, le 15 septembre 1890. Incision verticale longue de 15 centimètres sur la ligne médiane. On approchait une anse du jejunum à l'estomac et on y fit une gastro-entérostomie à l'aide des plaques d'os décalcifiées. Durée de l'opération, à peu près une demi-heure. On employait des fils de soie fins, stérilisés. Pas de choc. Malade très confortable le jour suivant. Aucune trace de péritonite. Alimentation buccale le troisième jour : un demi-litre de lait pour les vingt-quatre heures, augmenté graduellement. Premier pansement le 22 sept., réunion complète. Aucun vomissement, action intestinale régulière pendant le mois qui suivit l'opération et pendant que la malade restait en observation.

Observation 3 (Battle).

Cas gastro-entérostomie pour sténose du pylore opéré par méthode de Senn ; durée de l'opération, une demi-heure, survie de quatre mois avec cessation de tous symptômes de sténose du pylore. Mort par progrès de la maladie.

Observation 4 (Barker).

J..., H..., âgé de 55 ans, ajusteur, entrait à l'University College Hospital le 10 juin 1891. Il se plaignait d'amaigrissement, anorexie, faiblesse générale et constipation. Depuis trois semaines il gardait le lit à cause de la prostration extrême et inaptitude de tout travail. Il y a un an qu'il commençait d'être malade, indigestion, douleurs à l'estomac ; et vomissements un peu plus tard qui cessaient après quelque temps, mais sa digestion ne s'est jamais rétablie. Aucun antécédent héréditaire de cancer.

A son entrée, il vomissait souvent des matières « marc de café. » Il ne pouvait prendre aucun aliment autre qu'un peu de lait ou de cacao, et il se plaignait de douleur épigastrique. Estomac assez dilaté, température ordinairement au-dessous de la normale. Le 1er juillet on sentait une tumeur grosse comme une petite orange juste au-dessus de l'ombilic, dure, assez mobile et il n'y avait que peu de doute après les syptômes qu'il s'agissait d'une occlusion du pylore par une masse carcinomateuse ; à cause de l'amaigrissement et l'impossibilité d'alimenter le malade on lui proposait une gastro-entérostomie qu'il acceptait de suite. Après avoir été préparé de la façon ordinaire pour l'opération, bains généraux, grands lavages de l'estomac à l'eau tiède suivis par un lavage avec la solution de salicylate de soude, on opérait le 10 juillet 1891, à une heure et demie de l'après-midi. Incision de dix centimètres sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic, hémostase, ouverture du péritoine, néoplasme immédiatement au-dessous de la plaie, sur la paroi antérieure de l'estomac, à son centre, à quatre centimètres du pylore, gros comme une petite pomme, quelques adhérences à la paroi abdominale furent rompues et la masse avec la paroi de l'estomac amenée hors de la plaie, paroi stomacale blanche, ridée au-dessus du néoplasme.

L'état de faiblesse du malade défendait une pylorectomie et on fit de suite une gastro-entérostomie.

La paroi antérieure de l'estomac, confiée à un aide, on renversait l'épiploon et le colon à droite pour prendre le jejunum à 30 ou 40 centimètres de son origine ; après les avoir entourés avec des éponges, les deux viscères furent ouverts par incisions longues de 4 centimètres, il s'échappait très peu de liquide facilement absorbé par les éponges, on insérait les plaques décalcifiées de Senn, les apposait, et nouait les fils, mais trouvant que les plaques glissaient un peu l'une sur l'autre on plaçait une suture en surjet à la soie fine sur leurs bords.

Nettoyage des parties voisines, fermeture de l'abdomen. Durée de l'opération entière, quarante-huit minutes. Le malade

l'avait bien supporté et remis du chloroforme se trouvait bien. Huit heures du soir, piqûre de morphine, aucune nausée, température 36°2 ; pouls, 120.

11 juillet. Température 37°, peptones tous les deux heures, suppositoire de viande peptonisée et de lait toutes les six heures, alternant avec des lavements d'eau chaude aux mêmes intervalles.

12 juillet. Malade va mieux. Température 36°8 le matin, 37° le soir ; à l'alimentation d'hier, on donne du cognac toutes les deux heures, le soir sirop de morphine, peptones toutes les deux heures, alimentation rectale continuée,

13 juillet. Amélioration notable. Temp. 36°8, pouls 112. Dose de peptone augmentée et donnée toutes les heures.

14 juillet. Etat parfaitement satisfaisant. Pouls 84 et plus fort. Extrait de viande toutes les deux heures, du thé et des biscuits.

15 juillet. Temp. 36°, pouls 84. Des œufs, du lait, champagne toutes les deux heures, du mouton rapé et bouilli. 16 juillet. Du poisson, laitue, eau gazeuse glacée, et vin de Bordeaux. Amélioration constante. Premier pansement le 20 juillet, réunion de la plaie par première intention. Le 26, le malade se lève. Appétit dévorant. Action intestinale régulière depuis plusieurs jours. Le malade continuait de mieux en mieux, une légère bronchite sans gêner les promenades du malade, qui quittait l'hôpital le 14 août pour le Convalescent-Home, où il est mort le 25 août avec tous les symptômes d'une pneumonie aiguë.

Autopsie. — Confirme le diagnostic de la cause de la mort : pneumonie lobulaire double, septique. Le bout pylorique de l'estomac au voisinage du néoplasme adhérent à la paroi abdominale, adhérences anciennes. Le jéjunum, à 32 centimètres du pylore, se trouve attaché à la paroi antérieure de l'estomac; ouverture d'un diamètre de un centimètre et demi, circulaire, muqueuse stomacale réunie à la muqueuse duodénale sans avoir laissé aucune cicatrice visible. Aucune trace des plaques de Senn. Un fil de soie double, long de 2 pouces 3/4, se trouve attaché par une

extrémité à la muqueuse de l'orifice, le reste libre dans l'estomac. Ganglions dans le petit épiploon. Examen microscopique détermine la tumeur : carcinome à colonnes.

Observation 5 (Beatson).

P... V..., mineur, âgé de 45 ans, entrait à l'hôpital le 24 avril 1890, malade depuis douze mois, il se plaignait de douleur à l'estomac et d'indigestion, douleur presque constante, plus forte après les repas, très aiguë pendant quelques heures. Il n'avait jamais vomi mais le malade avait quelquefois fait des efforts pour rendre afin de se soulager.

Amaigrissement établi : vers le commencement de mars il remarquait une grosseur dans l'abdomen à l'endroit où il sentait la douleur. Au moment de son entrée, en avril, on notait un amaigrissement considérable, teint pâle, tumeur dans la région hypochondrique droite, à forme irrégulièrement ovale, semblant toucher par un côté et par une extrémité la face inférieure du foie, tumeur plus ou moins mobile particulièrement latéralement, ce qui démontrait sa séparation du foie malgré que la percussion ne pouvait pas séparer la matité nettement. A l'inspiration, la tumeur descend avec le diaphragme ; diamètre maximum de la tumeur, 10 centimètres sur 7 centimètres 1/2 de largeur. Au palper on pense distinguer une seule masse mais bosselée. Aucune trace d'hémorrhagie gastrique ni intestinale, intestins peu affectés par la présence de la tumeur. Poumons, cœur et reins sains. Pas d'antécédents cancéreux. L'intestin assez dilaté. Examen des matières contenues dans l'estomac, négatif.

Après un séjour de quinze jours, le malade quittait l'hôpital pour rentrer le 26 mai, sur sa demande, pour une intervention, en face de l'augmentation de la douleur et de l'incapacité de s'alimenter. L'amaigrissement avait fait des progrès notables ; malade encore plus faible, tumeur plus grosse.

Opération. — Le 31 mai, après un lavage de l'estomac le soir et répété le matin de l'opération. Incision sur la ligne

médiane un peu au-dessous de l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic. La tumeur occupe le pylore et on décide une gastro-entérostomie ; on agrandit un peu l'incision abdominale par en bas. On saisit une anse intestinale sans chercher une portion près du duodénum ; l'épiploon étant petit on amène l'anse dessus pour la réunir à la paroi antérieure de l'estomac. Anastomose à l'aide des plaques de Senn armées des fils de catgut, approximation sans difficulté, deux sutures complémentaires, réduction des parties, fermeture de l'abdomen. Durée de l'opération, une demi-heure, bien supportée par le malade. On dépend sur l'alimentation rectale, suppositoires peptonisées. Pas de douleur ni de nausée. Pouls et température restent bien ; les forces du malade se maintiennent jusqu'au 3 juin, quand il s'affaiblissait rapidement et la température monte à 40°. On administrait des stimulants qui restaient inefficaces et le malade meurt à deux heures de l'après-midi, d'inanition en toute apparence. L'examen des parties laissait voir l'orifice anastomotique de l'estomac à 14 centimètres du pylore très près de la grande courbure, adhérence des surfaces séreuses assez ferme, plaques en grande partie digérées, une partie du jéjunum à deux mètres dix du duodénum avait été saisie pour l'anastomose. L'orifice artificiel laisse entrer facilement l'index. Tumeur squirrhe occupant la face postérieure de l'estomac grosse comme une orange aplatie, surface ulcérée. « A l'examen des parties, j'étais frappé par la fermeté d'union entre l'estomac et l'intestin et je regrettai de n'avoir pas donné les aliments par la bouche ». L'opération semblait parfaitement satisfaisante et l'après-midi même j'opérais en ville pour une tumeur du pylore par la même méthode, résolu pour ce second cas de donner les aliments par la bouche.

Observation 6

Mme R..., âgée de 58 ans, malade depuis novembre 1889 ; des renvois de liquides avec une sensation de tiraillement à l'estomac, soulagée après avoir craché l'eau qui montait

dans la bouche. Santé chancelait et en mars les vomissements ont commencé. Au début tous les deux ou trois jours, alors une fois par jour et quelquefois deux pendant la journée. L'accès de vomissement se caractérise par sa rapidité de venir et action sans efforts ; les matières vomies consistent en un liquide brûnatre, des caillots, du lait si la malade en avait pris, constipation habituelle ne cédant qu'aux lavements, selles de quantité très minimes. La douleur n'était jamais un symptôme marqué. La malade souffrait de malaises avec efforts infructueux de vomir, elle ne prenait guère que du lait, de la soupe et des gelées. Au moment de me consulter, vers la fin de mai 1890, la malade était très amaigrie, ne prenait que très peu d'aliments. Inclination de vomir. Pouls petit et faible. A l'examen de l'abdomen on trouve une tumeur forme de boudin presque parallèle à la ligne médiane occupant en partie les régions lombaires, ombilicales et hypogastriques, située un peu en dehors et en bas de l'ombilic, dure mais mobile latéralement et en haut vers l'épigastre, non affectée par les mouvements respiratoires, longue de 9 centim. Zone de sonorité entre la tumeur et le foie. A cause de la minceur de la paroi, la palpation de la tumeur était extrêmement facile, on pouvait la saisir à pleines mains et la soulever, aucune douleur n'était causée par cette palpation. Répétition de l'examen plus tard et on diagnostiquait : maladie maligne du pylore, dilatation très grande de l'estomac, on propose une opération qui fut faite le 4 juin 1890, sans lavage de l'estomac à cause de l'état très faible et très nerveux de la malade. A l'ouverture de l'abdomen, la seule opération possible était une gastro-entérostomie qui fut faite à l'aide des plaques d'os décalcifiées, comme pour l'opération précédente. L'estomac, après être incisé, fut évacué par un tube à siphon, contenu du liquide noir comme du goudron, évacuation suivie d'un lavage avec solution boriquée. Ether comme anesthésique. Durée de l'opération trois-quarts d'heure, bien supportée par la malade. Vomissement le soir, mais jamais depuis.

Aussitôt que la malade s'est réveillée de l'anesthésie on lui donnait 30 gouttes de cognac par la bouche toutes les heures. Suppositoires zinimisés toutes les quatre heures. Le matin suivant du lait, de l'eau de chaux, et des peptonoïdes en petites quantités par la bouche toutes les heures alternativement. Le troisième jour de l'aliment Mellin mélangé avec du lait en quantités augmentées à mesure. Pendant les premiers trois où quatre jours l'état de la malade fut critique, le pouls, petit et faible, mais les autres conditions furent favorables. Sa température restait toujours normale, pas de symptômes abdominaux. Action intestinale spontanée le troisième jour. Au bout de huit jours, la malade était plus forte, le pouls mieux, aucun trouble gastrique. Ablation des sutures le dixième jour, réunion par première intention. Alimentation augmentée et variée ; au bout de trois semaines la malade mange du poisson, du poulet, du lait peptonisé, du thé et des tartines de beurre. Action intestinale contrôlée par lavements, quelquefois spontanée, sommeil bon, toute sensation de tiraillement à l'estomac et toute nausée ont disparu. La malade paraît s'engraisser, elle se lève au bout de trois semaines et se promène. Ayant ouvert une fenêtre elle fut prise de bronchite, congestion du poumon droit, et mourut au bout de trois jours, juste un mois après l'opération. Autopsie. Anastomose parfaite, ouverture ovale à bords réguliers laisse pénétrer l'index, aucune trace des plaques, leurs fils restent en place. Tumeur examinée au microscope : ganglions secondaires nombreux dans l'épiploon ; épithélioma, dégénérescence colloïde ayant envahi toute la région pylorique.

Observation 7 (Bennett).

Malade, âgé de 52 ans, entrait Saint-Georges-Hospital le 14 février 1891, symptômes d'occlusion du pylore, amaigrissement très grand, vomissements fréquents, douleur et malaise constants et généralisés à tout l'abdomen, l'estomac très dilaté, matières vomies acides. A droite de l'om-

bilic une masse dure, mobile à diamètre maximum de sept centimètres et demi, fut trouvée à la palpation.

Ouverture de l'abdomen le 27 février sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic. Pylore compris dans la tumeur qui est mobile, sans adhérences, on suppose la maladie maligne et on fait une gastro-jejunostomie avec les plaques d'os décalcifiées. Le malade s'est remis rapidement de l'opération, alimentation par voie buccale douze heures après l'opération. Malgré l'appétit dévorant du malade il n'a jamais eu aucun symptôme dyspeptique depuis l'opération. Le volume de l'estomac ne représente que la moitié de son volume avant l'opération. Les selles qui, avant, étaient pâles, sont maintenant normalement colorées. Poids augmenté de 35 livres. L'examen soigneux des selles n'a jamais laissé trouver trace des plaques ni de leurs sutures.

Observation 8 (Brown).

Femme, âgée de 56 ans, souffrait des troubles dyspeptiques depuis douze mois. Vomissements commencent et une douleur agonisante suit l'introduction de la plus petite quantité de liquide dans l'estomac. Gonflement bien défini, forme de boudin à droite de l'ombilic et on peut facilement voir le contour de l'estomac dilaté. Abdomen ouvert sur la ligne médiane. Néoplasme comprenait le pylore et la première partie du duodénum. Une anse du jéjunum saisie et ouverte. Deuxième ouverture dans la paroi antérieure de l'estomac. Insertion des plaques de Senn. La malade avait très bien supporté l'opération, la douleur disparaissait complètement et elle prenait des aliments liquides très bien. Elle vécut très confortablement quatre mois après l'opération, au bout desquels elle est morte du progrès de la maladie. La douleur n'est revenue que quelques jours avant sa mort.

Observation 9 (Clarke).

G. C., âgé de 48 ans, tisserand, chétif, anémique, émacié, consultait le 17 septembre 1889. Depuis quatorze semaines, dou-

leurs lombaires, entre les omoplates, et sous-sternales. Il vomit tous ses aliments depuis le commencement de sa maladie, a maigri beaucoup et perdu toutes ses forces. A l'examen de l'abdomen, on trouve une tumeur mobile à diamètre horizontal de sept centimètres, diamètre vertical de trois centimètres et demi, descendant au niveau de l'ombilic, les quatre cinquièmes de la masse à droite de la ligne médiane, l'estomac dilaté, attaché à la tumeur descendant à gauche. Diagnostic de cancer du pylore. Opération le 20 septembre 1889. Anesthésie mixte, une partie de chloroforme pour deux parties d'éther. Incision de huit centimètres descendante au bord inférieur de l'ombilic, on trouve de suite le pylore épaissi et augmenté de volume; suivant le duodénum en bas on saisit une première anse du jejunum, qu'on sort de l'abdomen, dix centimètres de cette anse vidé de son contenu sont isolés entre deux ligatures élastiques passées à travers le mésentère. Incision longue de deux centimètres et demi sur l'intestin, lavage, hémostase et insertion de la plaque osseuse en plaçant ses fils, la deuxième plaque insérée dans l'estomac hors de l'abdomen, à une distance de quatre centimètres du pylore, et la même distance de la grande courbure, apposition des plaques en serrant leurs fils, quelques sutures de Lembert complémentaires, réduction des parties dans l'abdomen. On étale le grand épiploon avant de fermer la plaie. Pas de toilette du péritoine. Propreté seule antiseptique.

Etat du malade bon. Guérison sans accidents notables. Pas de vomissements depuis l'opération, a gagné des forces, déclarant qu'il se sent comme un jeune homme.

10 mois plus tard, bien portant. (B. M. J. 1891, vol, 1, p. 798).

Observation 10 (Clarke).

Mme S .., âgée de 36 ans, brune, maigre, a souffert de troubles gastriques depuis un an; à la consultation, 16 mai 1890, elle se plaignait d'avoir beaucoup souffert de vomissements, hématémèses à plusieurs reprises. Depuis plusieurs jours, toute alimentation est vomie. On trouve une tumeur, grosse comme une orange, au niveau

du pylore, sur le bord droit de la ligne médiane, descendante au niveau de l'ombilic, l'estomac petit. Tous les autres organes semblent sains, on propose une opération : pylorectomie ou gastro-entérostomie.

Opération le 13 mai 1890. Anesthésie avec un mélange de chloroforme, une partie ; éther, deux parties. Incision médiane longue de huit centimètres, descendant jusqu'au bord inférieur de l'ombilic, l'estomac et le grand épiploon exposés, on trouve la tumeur (le pylore épaissi et augmenté de volume), adhérente avec tout le voisinage, on choisit la gastro-entérostomie à cause des adhérences, de la petitesse de l'estomac et du volume de la tumeur. L'épiploon repoussé et le bord inférieur de l'estomac attiré en haut, on voit le jejumum au-dessous le meso-colon transverse qu'on déchire, on amène l'intestin au dehors et l'on isole une anse.

Incision de la paroi antérieure de l'estomac, parallèle et à quatre centimètres de la grande courbure. Insertion de la plaque d'os décalcifiée, insertion de la deuxième plaque dans le jejunum, mais à l'essai d'apposer les deux plaques pour nouer leurs fils, on trouve l'apposition impossible à cause des adhérences du pylore et la petitesse de l'estomac qui empêchaient de les attirer au dehors de l'abdomen. Alors on retire la plaque de l'estomac, on ferme l'incision avec deux rangs de sutures de Lembert. Nouvelle incision à la paroi postérieure de l'estomac, insertion de la plaque de nouveau, apposition facile avec la plaque du jejunum. On noue les fils et ferme l'abdomen. Pendant trois semaines le pouls reste moins que 100. Température n'a jamais surpassé 37,5°. Légers vomissements le douzième jour, à huit heures du matin, mais la malade semble se porter très bien après, jusqu'au soir, quand l'orifice artificiel semblait se boucher subitement. En mangeant, on pouvait entendre distinctement le passage du liquide à travers l'orifice, mais depuis ce soir-là, on ne pouvait plus rien entendre et la malade, qui avait senti le passage auparavant, ne le sentait plus. A dix heures du soir, elle vomissait à peu près un

litre et demi de liquide et de ce moment jusqu'à sa mort, le trentième jour après l'opération, elle vomissait toute alimentation.

Autopsie impossible.

Observation 11 (Hankins).

M. L..., âgé de 34 ans, entrait à Prince Alfred Hospital le 15 juin 1891, malade depuis quatorze semaines. Aucun antécédent héréditaire. Le malade a perdu quarante-deux livres en quatorze semaines et s'affaiblit rapidement, il mange très peu à cause de la douleur qui survient une heure après les repas, accompagnée de vomissements « marc de café », les selles sont noirâtres, la douleur semble généralisée dans tout l'abdomen. Etat anémique, teint terreux, pas de graisse sous-cutanée, muscles flasques, température sous-normale, langue sale, les bords exceptés, appétit mauvais, soif grande, douleur et lourdeur une heure après avoir mangé, suivis de vomissements, constipation. Organes respiratoire normaux, pouls irrégulier et faible, on ne peut pas voir le choc de la pointe du cœur, mais c'est sensible au palper. Matité cardiaque normale. Urine, densité 1015, ne contient pas d'albumine. On peut sentir dans la région épigastrique une masse dure qui s'étend à 2 centimètres et demi au-dessus de l'ombilic vers l'hypochondre droit. Une inspiration profonde fait rouler la masse sous la main. Le lavage de l'estomac tous les jours soulage un peu le malade. Opération le 1er juillet. Éther. Incision oblique dans l'hypochondre droit, parallèle et à cinq centimètres au-dessous du rebord costal, cette incision découvre la surface supérieure du lobe droit du foie et on peut voir le ligament suspenseur à l'extrémité interne; repoussant le bord du foie, on découvre l'estomac, une masse néoplasique longue de 8 centimètres, épaisse de 5 centimètres, occupe le pylore, mais la plus grande partie du néoplasme semble être en arrière du viscère, la masse avait envahi le duodenum, l'épiploon tiré à gauche, on suivait le duodenum avec la main jusqu'au point où la longueur du mésentère permettait une anastomose avec l'esto-

mac. Cette anse vidée par pression et isolée par deux ligatures élastiques espacées à huit centimètres de distance, on incisait le bord convexe long de deux centimètres et demi, par cette incision on introduisait une des plaques de Senn armée de quatre fils de soie.

Alors, entourant les parties avec des compresses chaudes, on incisait la paroi antérieure de l'estomac à huit centimètres du pylore, l'autre plaque insérée on liait les fils, quelques sutures complémentaires et on fermait l'abdomen avec des crins de Florence. Malade très épuisé par l'opération, pouls faible. Au bout de deux heures, lavement de lait peptonisé et de cognac toutes les quatre heures. Progrès sans accident à part une faute de réunion de la plaie abdominale. En février 1892 on note l'apparence de nouveau des symptômes d'occlusion et le malade meurt le 19 février 1892. A l'autopsie on trouve la tumeur carcinome ayant infiltré la paroi stomacale, le duodenum, le pancréas, etc. L'ouverture anastomotique était complètement cicatrisée, complètement fermée.

Observation 12 (Hester)

P. J..., âgé 36 ans, marin, entrait à Newcastle Hospital, le 16 juin 1890, pour des vomissements et une légère douleur à l'épigastre. Il y a quatre mois, il vomissait tous les deux ou trois jours, souvent la nuit ; pendant deux mois les vomissements continuaient sans douleur, mais à partir de ce moment les douleurs se manifestaient à l'épigastre, sans être continues, mais aggravées par les vomissements. Une ou deux fois ses selles étaient noires et les vomissements « marc de café », le malade maigrit rapidement. Il y a un an il pesait 182 livres ; à son entrée il ne pèse que 133 livres. Aucun antécédent cancéreux, l'estomac très dilaté, les autres organes sont sains. On ne peut rien sentir au palper de l'abdomen. Lavage de l'estomac pendant quelques jours. Au bout de quinze jours on sent une tumeur mal définie dans la région épigastrique droite. On essayait un examen du malade sous l'anesthésie, mais on dut se désister à cause de l'impossibilité du malade

à supporter un anesthésique. Quelques jours plus tard, après un bain prolongé, on pouvait nettement sentir une tumeur dure dans l'épigastre droit, qui, se déplaçant de haut en bas avec la respiration, paraissait longue de 8 centimètres, large de 3 centimètres, située transversalement. Vomissements continuaient malgré les lavages journaliers de l'estomac avec la solution boriquée.

On proposait une intervention qui fut faite le 28 juillet; la sténose du pylore alors complète, deux lavages de l'estomac le matin avant l'opération, incision oblique longue de 12 centimètres entre l'apophyse xyphoïde et l'ombilic, les deux tiers de l'incision à droite de la ligne médiane. On sentait une grosse masse qui avait envahi la partie inférieure de l'estomac, on amenait dans la plaie l'estomac et la première partie du jéjunum, incision, insertion des plaques et approximation en nouant les fils ; toilette des parties avec une solution boriquée, réduction dans l'abdomen qu'on fermait. Pouls du malade très faible à la fin de l'opération, qui avait duré une heure. Il s'est remis pendant la nuit et parlait un peu, lavements nutritifs toutes les trois heures, mais la température restait au-dessous de la normale, pouls rapide et faible, et le malade est mort vingt-cinq heures après l'opération.

Autopsie. — Approximation bonne, adhérences entre les surfaces opposées, ouverture très bonne entre l'estomac et le jéjunum, aucune péritonite, estomac très dilaté, ses parois épaissies et le tiers inférieur complètement infiltré par une masse qui semble être encéphaloïde, qui entourait complètement l'estomac sur une largeur de 4 pouces, s'étendant sur la petite courbure et la paroi postérieure, l'orifice pylorique complètement fermé par la tumeur dont la surface était légèrement ulcérée.

Observation 13 (Hume).

Homme, âgé de 53 ans, entré à Royal Infirmary, le 31 août 1891. Il se plaignait de douleurs et de vomissements après les repas et d'amaigrissement progressif. Sa maladie date de

huit mois. A son entrée, l'amaigrissement est très marqué, douleur après toute introduction d'aliments, vomissements toutes les vingt-quatre heures de matières mousseuses en grande quantité et des mucosités. On sent facilement une masse dure à droite de l'épigastre. On propose une intervention. Après quelques jours de préparation, lavage de l'estomac deux fois par jour avec une solution de salicylate de soude, opération le 8 septembre 1891. Ouverture de l'abdomen par une incision sur la ligne médiane du cartilage xyphoïde jusqu'à l'ombilic, on trouve la masse pylorique immobilisée, la partie de l'estomac choisie pour l'ouverture était tirée dans la plaie, le colon et l'épiploon retournés à droite, on passe les doigts à gauche de la colonne vertébrale et on trouve la première partie du jejunum sans difficulté. On entoure le champ opératoire avec des éponges. Pour maintenir l'état de vacuité des viscères, on néglige les pinces, préférant les doigts d'un aide. Incision de deux centimètres et demi dans la paroi de l'estomac et de l'intestin du côté opposé au mésentère. On attache la muqueuse à la séreuse par un fil en surjet autour de l'orifice stomacal, on insère les plaques de Senn, noue les fils et place quelques sutures de Lembert complémentaires, greffe de l'épiploon complètement détaché et maintenu autour de l'intestin par trois points de suture, scarification faite avant l'application de la greffe. Le malade n'avait souffert d'aucune façon de l'opération. On donnait du lait et de l'eau gazeuse au bout de vingt-quatre heures, augmentant la quantité tous les jours. Aucune douleur ni vomissement après l'opération. Evacuations intestinales régulières, on n'a jamais vu trace des plaques. Le 3 octobre, le malade quittait l'hôpital très amélioré d'apparence, poids augmenté. Il mangeait une alimentation solide et fut absolument libre de tout symptôme désagréable. Pendant dix jours, l'amélioration continuait chez lui, mais à partir de ce moment les vomissements recommençaient et plus tard la douleur; son état s'aggravait et il est mort le 10 novembre.

Autopsie. — La cavité abdominale ouverte, on voyait que la masse cancéreuse avait gagné énormément depuis l'opéra-

tion. L'induration atteignait presque la marge de l'orifice artificiel qui, néanmoins, restait ouvert et laissait entrer facilement l'index, l'adhérence de l'estomac au jejunum était ferme, on pouvait encore voir le contour de la greffe épiploïque. Les plaques de Senn avaient complètement disparu, mais leurs fils de soie restaient encore en place, noircis et entourés d'un anneau limité du tissu sphacélé, ce qui ferait préférer les fils de catgut.

La mort fut évidemment causée par le progrès de la maladie. L'amélioration de l'état général, cessation de toute souffrance, possibilité de l'alimentation étaient le résultat immédiat de l'opération.

Observation 14 (Jessett).

W. V..., âgé 61 ans, baigneur, entrait à Cancer Hospital le 12 février 1890.

Antécédents héréditaires: Frère mort de cancer de l'abdomen.

Antécédents personnels: Santé générale toujours bonne, habitude de tempérance.

Durée de la maladie — Le malade remarquait une croissance au commencement d'octobre 1889. Il y a quatre mois, pendant l'été, faisant métier de garçon de restaurant, il portait des plateaux chargés avec le bord appuyé contre l'abdomen. Le malade dit que le néoplasme semblait commencer à gauche pour pousser à droite. L'estomac a été dilaté depuis deux mois. Depuis deux ou trois semaines, le malade souffre des vomissements à peu près tous les deux jours, quelquefois plus fréquents, les matières vomies sont noirâtres et mousseuses. Le malade dit qu'en janvier 1888 il pesait 163 livres, en février 90, seulement 130 livres ; il ne se plaint d'aucune douleur.

Etat actuel. — Estomac fortement dilaté, remplissait toute la partie gauche, moyenne et inférieure de l'abdomen, bruit de liquides aux secousses. Le néoplasme forme une masse grande comme une noix de coco, large de 15 centimètres, haute de 10 centimètres à droite et de 7 centi-

mètres à gauche, la tumeur est nodulaire avec une encoche profonde près du centre, juste au-dessus de l'ombilic, et occupe toute la région épigastrique s'étendant à 5 centimètres à droite de l'ombilic et à 2 centimètres 1/2 au-dessous.

Le néoplasme est mobile et semble s'étendre sur la paroi antérieure de l'estomac. La percussion donne une note tympanique sourde sur toute la masse, une partie à l'extrême droite exceptée. La tumeur se déplace librement avec la respiration.

Lavage de l'estomac deux fois par jour avec une solution de salicylate de soude à 5 °/₀ tiède, le malade est nourri par la bouche avec de l'extrait de bœuf de Brand et par des lavements nutritifs. Ce traitement soulage beaucoup le malade et le fortifie.

L'opération de gastro-entérostomie lui fut expliquée et agréée de suite. Le 25 février 1890, à 8 heures du matin, on lui administrait par la bouche un œuf battu dans une tasse de thé et à 9 heures un grog à parties égales d'extrait de bœuf et de cognac. A 11 heures du matin, un lavement avec ce mélange d'extrait de bœuf et de cognac. A midi, lavage de l'estomac avec la solution de salicylate de soude et à 1 heure 40 de l'après-midi, dix minutes avant l'opération, un autre lavement avec l'extrait de bœuf et cognac, et sur la table de l'opération on lui fit une injection hypodermique d'atropine.

Opération. — Incision longue de huit centimètres à gauche du grand droit gauche de l'abdomen commençant au rebord costal. Toutes parties saignantes arrêtées, on ouvre le péritoine et on retire la partie du jejunum la plus près possible de son origine. Deux bandes élastiques furent passées au travers le mésentère, séparées d'environ 12 centim. et la partie comprise soigneusement vidée, on serrait les ligatures et les fixait avec des pinces hémostatiques. Alors on retirait une portion de l'estomac et sur sa paroi antérieure on pratiquait une incision longue d'environ trois centimètres et demi à une distance de quatre centimètres de la grande courbure. Une plaque d'os décalcfiée

fut introduite dans l'estomac par cette ouverture, et les fils latéraux armés des aiguilles, furent passés au travers toutes les couches de l'estomac, les fils longitudinaux sortant par l'incision. Ces fils furent passés au Dr Dove, pendant que j'incisais le bord convexe de l'anse du jejunum longue de 2 centim. et demi. Une plaque d'os décalcifiée fut glissée dans l'intestin et ses fils passés au travers de la paroi, tous les points saignants furent liés avec du catgut fin, et l'approximation des plaques effectuée, le Dr Dove les maintenait en place pendant que leurs ligatures étaient faites. Huit sutures de Lembert furent placées le long du bord supérieur des plaques, entre l'estomac et l'intestin. Le bord inférieur semblait si bien appliqué qu'aucune suture complémentaire ne fut placée. Les parties furent réduites dans l'abdomen et la plaie abdominale fermée de la façon ordinaire. Le malade a très bien supporté l'opération d'une durée de *45 minutes*, et passait une bonne nuit.

26 février. Vomissement d'un liquide sanguinolent. Nourri exclusivement par lavements d'extraits de viande et de cognac, urine retirée toutes les six heures. Temp. 37° 5, pouls 84 est bon. Malade se plaint de la soif.

27 février. Nuit bonne. Temp. 37° 5. Pouls 80, un peu faible. Respiration régulière et tranquille, abdomen mou, flasque, indolore.

Nourri exclusivement par lavements.

28 février. Un peu d'excitation. Temp. normale. Aucun tympanisme, aucune sensibilité de l'abdomen, quelques hoquets.

Nourri comme avant : Un peu d'eau chaude donnée par la bouche.

1er mars. Nuit agitée. Pouls faible et le malade se plaint d'épuisement et devient de plus en plus faible jusqu'à sa mort le soir, quatre jours après l'opération.

Autopsie, 3 mars. — Péritonite *ancienne* généralisée autour du foie, la rate et le cardia. La surface postérieure plusieurs anses intestinales adhère à une masse de gan-

glions qui couvre les vertèbres lombaires. Des grands dépôts secondaires dans le foie.

L'adhérence entre l'estomac et le jejunum au siège de l'opération était *parfaite*. La partie d'intestin attachée à l'estomac était décolorée, mais on ne trouvait qu'une légère trace de péritonite récente, tout-à-fait localisée à un centimètre autour de l'union.

Les plaques d'os étaient presque digérées et pendaient de l'ouverture par leurs fils de soie.

Observation 15.

Mme A. C..., veuve, âgée de 56 ans, d'une santé délicate, a toujours souffert d'indigestion. Depuis bien des années a eu des attaques aiguës de dyspepsie chaque été qui nécessitaient le repos au lit pendant une quinzaine de jours. En février 1889, pendant une de ces attaques, elle s'est aperçue d'une « grosseur » qui augmentait de volume graduellement, elle a été constamment troublée par des vomissement et des douleurs après avoir mangé. Elle entrait à l'hôpital en février 1890.

État actuel. — On trouve une tumeur dans l'abdomen, légèrement mobile et occupant à peu près toute la région épigastrique, l'estomac très dilaté, liquide très perceptible à la succussion. Elle avait des vomissements plus ou moins constants, renvoyant toute nourriture. Le 31 mars, vomissements de « marc de café » mélangés avec des aliments. Malade nourrie par des lavements nutritifs et des suppositoires zyminisés, néanmoins elle s'affaissait rapidement et devenait d'une faiblesse extrême, en proie à des douleurs internes. Je conseillai une gastro-entérostomie comme mesure palliative, la pauvre femme consentait de suite, et le 12 avril, après une préparation semblable au cas précédent, je l'opérais avec l'assistance du docteur Purcell. Incision sur la ligne verticale à gauche du grand droit abdominal gauche. Elle supportait bien l'opération, d'une durée de quarante minutes.

Lavement nutritif d'extrait de viande peptonisé et du

cognac. Le 15 avril, deux jours plus tard, elle a pris par la bouche du lait peptonisé toutes les heures, des lavements d'extrait de viande et du fort vin de Bordeaux toutes les six heures; avec des suppositoires de viande zyminisés toutes les six heures. Sa guérison fut sans incident, et le 20 avril, huit jours après l'opération, elle fut transportée à la salle commune. Cette malade est actuellement bien portante (avril 1893). *Voir Brit. Med. Journ., 93, v. I p. 29.* Et février 94, communication personnelle.

Observation 16.

E. W.... âgée de 45 ans, femme mariée, a eu 9 enfants, le plus jeune âgé de neuf mois. *Antécédents héréditaires* négatifs.

État actuel. — La malade souffre de fortes douleurs après ses repas, ordinairement quinze à vingt minutes après avoir mangé. Depuis trois mois elle vomit tout ce qu'elle prend, les aliments étant rendus non digérés. Deux semaines avant son entrée ses vomissements avaient la couleur mare de café. (« Porter. ») La paroi abdominale très mince laisse facilement voir l'action péristaltique des intestins. L'estomac très dilaté descend à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis. Une tumeur grosse comme une orange de Tanger, située juste au-dessus de l'ombilic, est parfaitement mobile. L'état de cachexie extrême de la malade excepté, ce cas semblait favorable pour une pylorectomie.

La malade, préparée pour l'opération comme les cas précédents, fut anesthésiée par l'éther le 4 juin 89. Incision sur la ligne médiane entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic ; à l'ouverture du péritoine on voyait la tumeur, masse librement mobile, s'étendant du pylore sur la petite courbure de l'estomac, longue de cinq centimètres. Les ganglions mésentériques et lombaires furent trouvés très augmentés de volume et l'état faible de la malade me décidait de ne pas tenter une pylorectomie, mais de me contenter avec une simple gastro-entérostomie, que je fis rapidement avec les plaques d'os décalcifiées, les parties réduites, la plaie abdominale fut fermée de la façon ordinaire. La malade avait bien

supporté l'opération. Le traitement post-opératoire identique avec le cas précédent. La malade guérissait bien et mangeait facilement jusqu'à sa mort, en février 1891, neuf mois après l'opération. La maladie avait fait beaucoup de progrès. L'autopsie fut impossible.

Observation 17.

C. G.. , âgé de 67 ans, se plaint de douleurs et d'indigestion depuis cinq ans. Depuis douze mois a eu quelques vomissements deux ou trois heures après les repas, matières vomies épaisses, mousseuses, vertes foncées, pas de sang.

Antécédents héréditaires. — Négatifs.

Etat actuel — L'estomac très dilaté, note facilement aperçue à la succussion. Il n'existe pas de tumeur bien définie, mais un épaississement du pylore apparent, légèrement douloureux à la pression. Les vomissements et la douleur sont si accentués que le malade réclame une intervention. L'opération de gastro-entérostomie lui est expliquée et agréée par le malade.

Le 18 juillet, préparé pour l'opération comme pour les cas précédents, j'ai fait une gastro-entérostomie avec les plaques d'os décalcifiées. Incision sur la ligne médiane de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. La seule différence entre ce cas et les autres consiste en ce que j'attachai le jejunum à la paroi postérieure de l'estomac, après avoir déchiré une ouverture dans le méso-colon transverse, au travers de laquelle je faisais sortir une partie de l'estomac. Ceci se faisait sans difficulté aucune et je pense que cette manœuvre mérite bien d'être pratiquée pour certains cas, évitant ainsi des chances de couder de l'intestin.

Malheureusement, pour ce cas j'avais cédé à la demande du malade de l'opérer dans la petite salle où il était couché pour le laisser aux soins de la même surveillante. Malgré toute précaution de désinfecter la salle et les soins minutieux pris au moment de l'opération, le malade est mort le dixième jour d'une péritonite septique.

Autopsie. — Révéla que l'union entre l'estomac et l'intestin

était parfaite, et aucune fuite n'était trouvable ; en effet, dans la petite cavité péritonéale, il n'existait guère d'exsudation inflammatoire qui était entièrement limitée aux petits intestins et à l'épiploon causée probablement par une infection septique faite pendant l'opération.

Observation 18.

E. H..., âgé de 52 ans, est venu à la consultation pour une forte douleur à l'épigastre, accompagnée de vomissements constants. Il a souffert plus ou moins depuis deux ans et depuis douze mois n'avait pas pu prendre aucun aliment solide.

Depuis trois semaines, avant de consulter, il a plusieurs fois vomi du « marc de café ».

Pas d'antécédents cancéreux.

Etat actuel. — Il a maigri considérablement tout dernièrement, vomit tout ce qu'il prend et se plaint d'une douleur intolérable à l'épigastre, grande sensibilité sur le pylore, aucune tumeur sensible, mais à la pression profonde il paraît exister beaucoup d'épaisissement du pylore. La douleur fut si excessive et les vomissements si forts, que le malade me pria à faire quelque chose pour le soulager, et je me décidais de faire une incision sur la ligne médiane, de l'appendice xyphoïde à l'ombilic pour déterminer mon action décisive suivant les circonstances. Le 2 février, le malade, préparé comme pour les autres cas, l'abdomen ouvert, le pylore fut trouvé à l'examen, très épaissi, dur et arrondi, l'estomac très dilaté à parois épaissies et une gastro-entérostomie fut déterminée. Une anse du jéjunum fut sortie de la plaie et unie avec la paroi antérieure de l'estomac d'une manière semblable à mon premier cas.

Le malade, très affaibli après l'opération, se ralliait après des lavements à répétition de l'extrait de viande et du cognac et à partir de ce moment ne causait pas la moindre inquiétude. Le deuxième jour, nourri avec du lait peptonisé comme pour le deuxième cas. Maintenent il mange une nourriture ordinaire et n'a aucun vomissement.

Actuellement bien portant, avril 1892.

L'épaississement de l'épigastre n'a pas augmenté ; la douleur et toute sensibilité ont disparu, et si, comme on pourrait espérer, ceci est un cas de rétrécissement fibreux du pylore, on peut espérer et attendre une guérison définitive.

Observation 19 (Larkin).

J. G.. , ménagère, âgée de 47 ans, entrait à Stanley Hospital le 2 mai 1891. Elle se plaint de faiblesse et de vomir tout aliment qu'elle prend. Ces vomissements ont commencé en juillet 1890, au début ne venaient que de temps en temps en très grande quantité. Depuis quelques mois elle vomit des petites quantités mais de tout aussitôt ingéré, matières rendues souvent mousseuses, couleur foncée et striées de sang. En novembre 1890 elle commençait à souffrir de douleur dans la région de l'estomac et s'est aperçue d'une grosseur dans l'abdomen un peu au-dessus de l'ombilic. La douleur devenait de plus en plus forte et les vomissements de plus en plus fréquents jusqu'à son entrée à l'hôpital. Elle a maigri progressivement et est habituellement constipée, abdomen excavé, peau lâche et ridée. Elle est notée à son entrée, comme « amaigrie, pâle et cachectique ». En arrière du droit abdominal gauche, à mi-chemin entre l'ombilic et le cartilage xyphoïde, s'étendant de la ligne médiane plus que huit centimètres à gauche, on sent une masse dure nodulaire qui est même visible, douloureuse au palper, se déplace avec la respiration et peut être déplacée latéralement. Les autres organes du corps sont sains. On propose une intervention pour enlever la tumeur ou, si on se trouve dans l'impossibilité, pour faire une gastro-entérostomie. Chloroforme le 22 mai 1891. Incision médiane d'un point à cinq centimètres au-dessous du cartilage xyphoïde jusqu'à trois centimètres au-dessous de l'ombilic, on trouve que la tumeur intéresse presque tout l'estomac, dont il ne reste de libre que l'extremité autour du cardia, longue de dix centimètres sur la grande courbure et beaucoup moins sur la petite. La partie de l'estomac envahie par la tumeur semble dure et

élastique et mesure dix centimètres de longueur sur huit de largeur, le péritoine qui la recouvre paraît irrégulier, scarifié, avec des petites nodosités d'une blancheur roussâtre qu'on attribue à la maladie qui commence à perforer la paroi stomacale, on voit plusieurs taches semblables sur le grand épiploon.

Quelques ganglions engorgés sur le bord inférieur de l'estomac et aussi dans le sillon transverse du foie, le petit épiploon semble épaissi, tumeur complètement adhérente au foie. En présence de ces contre-indications de l'ablation de la tumeur, on se décide à faire une gastro-entérostomie, mais la petite partie de l'estomac qui restait saine et surtout son élévation rendaient impossible toute approximation de l'intestin grêle sans trop comprimer le colon transverse. Par conséquent une ouverture fut faite dans le meso-colon transverse et une deuxième dans le grand épiploon, juste au-dessous de l'estomac. par lesquelles une anse du jejunum fut attirée pour être unie à la partie saine de l'estomac.

Incision de l'estomac et du jejunum et insertion des plaques de Senn qu'on attachait de la façon ordinaire, à cause de la tension des parties on plaçait quatre sutures complémentaires autour des plaques avant de les réduire, le péritoine épongé on fermait la plaie. La malade, très abattue après l'opération, s'est remise rès rapidement. Guérison de la plaie par première intention. Lavements nutritifs. Du lait peptonisé par la bouche le quatrième jour, de l'extrait de viande le cinquième, du pain trempé dans du lait le huitième jour. On cesse l'administration des lavements le dixième jour. Action intestinale spontanée tous les jours à partir du cinquième. Le 17 juin (27 jours après l'opération), la malade se lève et se promène; elle prend du pain, du lait, de l'extrait de viande, du cacao, du poisson et de la viande hachée, elle a eu quelques nausées d'avoir trop mangé, particulièrement trop de poisson.

Le 19 juin, la malade quittait l'hôpital, engraissée, et sa santé très améliorée. Douleurs et vomissements à peu près disparus. Chez elle elle mangeait comme d'ordinaire, mais

après avoir pris de la viande et des légumes en trop grande abondance elle éprouvait un malaise.

Vers le milieu de juillet elle vomissait souvent après l'ingestion des aliments solides et on prescrivait une diète composée d'œufs, de lait, de pain, de beurre, d'extrait de viande, etc., mais vers la fin de juillet, elle vomissait ces aliments et le 31 juillet elle rentre à l'hôpital. Pas de douleurs, mais elle vomit tout aliment ingéré. Action intestinale une fois par semaine; dernièrement, selle en très petite quantité, la malade se plaint d'être faible et fatiguée par ses vomissements.

La tumeur dans la région épigastrique est très manifeste à l'inspection et au palper, très augmentée depuis la sortie de la malade, les veines épigastriques sont très engorgées. Pas d'œdème des jambes. Pendant 5 jours, on donne du lait peptonisé, des peptonoïdes, etc., mais la malade rend tout, et perd journellement ses forces. Le 4 août, on chloroforme la malade pour faire une jéjunostomie pour permettre d'alimenter la malade. Incision longue de cinq centimètres, un centimètre en dedans du bord externe du droit abdominal gauche, le milieu de l'incision un peu au-dessus du niveau de l'ombilic. On sépare les fibres du muscle droit et on ouvre la cavité péritonéale de la façon ordinaire. L'exploration digitale laisse sentir l'estomac dur et nodulaire. Les nodosités nombreuses étaient visibles et sensibles dans le péritoine. L'épiploon soulevé et repoussé à droite ne laisse voir aucun ganglion secondaire. Les intestins vides. Une partie du jéjunum qu'on croyait être près de son origine, fut amenée dans la plaie pariétale et attachée à l'aide d'une seule plaque d'os armée des fils de catgut (méthode décrite par Jessett. Brit. Med. Journal, 91, juin 27), et on fermait le reste de la plaie. L'opération fut très courte et la malade la supportait très bien. Lavements nutritifs exclusivement pendant trois jours quand on commençait une alimentation introduite dans le jéjunum à l'aide d'une sonde n° 10, quatre ou cinq verres de lait peptonisé introduit, on bouchait la sonde qu'on laissait en place, on cessait les lavements nutritifs au bout de quelques

jours, la plaque tombait le 14me jour. Le 6 septembre, la malade se leva, et le 13, elle quitta l'hôpital (page 1222). Chez elle, la malade essayait de se nourrir par la bouche, prenait du thé, des tartines de pain et du beurre, du lait, des gâteaux de riz, du poisson et de la viande hachée. Avec cette alimentation, elle n'avait aucun vomissement, action intestinale régulière. Par conséquent, la malade retirait sa sonde et se nourrissait exclusivement par la bouche. Au commencement d'octobre, elle se sentait faible et un peu malade, se couchait, et, au bout de quelques jours, une eschare s'était formé au coccyx qui envahissait rapidement la région. Le 12 octobre, elle rentre à l'hôpital, très faible, très amaigrie, eschare très grande. Température normale, selles régulières ; par l'ouverture du jejunum, s'écoule une matière jaune et liquide. Pas de nausées, et elle s'alimente par la bouche. Etat stationnaire jusqu'au 20 octobre, lorsque la malade commençait à vomir tout ce qu'elle prenait, avec une légère douleur abdominale.

21 octobre. — Vomissements persistent, une selle.

22 octobre. — Aucune alimentation, vomissements imprégnés de bile, selle. 23 octobre, même état.

24 octobre. — Aucune alimentation, vomissements au moindre prétexte. Pas d'action intestinale depuis le 22. Pas de douleur. A cinq heures du soir, la malade fut prise d'une douleur violente dans l'abdomen, tombait dans le collapsus et meurt à une heure du matin, le 25 octobre 1891.

Autopsie. — Vingt-quatre heures plus tard ; matières fécales liquides dans la cavité péritonéale en assez grande quantité. Adhérence très ferme entre le jejunum et l'incision abdominale faite pour l'opération de gastro-entérostomie. La partie du jejunum prise pour la jejunostomie se trouvait à 5 ou 7 centimètres au-dessus de cette adhérence, à une distance d'un peu plus de soixante-quinze centimètres de l'anastomose jéjuno-stomacale, le jéjunum entre ces deux points d'attache formait une anse entre laquelle et la paroi abdominale, la partie supérieure du jéjunum avait glissé et se trouvait fortement pincé, l'intestin au-dessus était énormément dilaté et s'était

rupturé au niveau de sa constriction, l'intestin au-dessous, contracté, une légère péritonite généralisée. Après avoir lié l'ouverture et lavé l'abdomen on remarquait que presque tout l'intestin grêle se trouvait en avant du grand épiploon et un examen soigneux révélait que tout l'intestin grêle avait passé au travers un orifice de l'épiploon et du meso-colon, d'un diamètre de huit centimètres. L'orifice à bords lisses et forts contenait le commencement du jéjunum et l'iléon à dix centimètres de la valvule iléo-cœcale, manifestement celui-ci était l'orifice pratiqué au moment de la première opération. Alors on enlevait l'estomac avec les intestins, attachait l'extrémité inférieure de l'œsophage au robinet et on laissait couler l'eau, l'estomac se distendait avec l'eau qui passait facilement dans les intestins, mais si on pinçait le duodénum l'eau ne passait plus, ce qui démontrait la perméabilité de l'orifice pylorique et l'imperméabilité de l'ouverture gastro-jéjunale. L'estomac incisé sur la petite courbure, on passait facilement l'index au travers l'orifice du pylore. La paroi stomacale est très épaissie variable entre un demi à deux centimètres d'épaisseur. Le tiers ou la moitié de cette épaisseur consistait de la couche musculaire très hypertrophiée, la surface interne irrégulière, ridée, couverte d'une masse néoplasique molle et blanche qui cessait très abruptement à droite, au duodénum, mais à gauche plus graduellement s'étendant sur la petite courbure jusqu'au cardia, mais sur la grande à dix ou douze centimètres de l'œsophage, la partie du cardia non-intéressé paraissait normale. Un examen attentif ne trouvait pas trace de la communication avec le jejunum. On incisait l'anse du jejunum anastomosée et les fils de soie des plaques y furent reconnus, plongés dans un sillon large d'un quart de centimètre, un stylet introduit dans ce sillon passait dans l'estomec par un petit orifice entre les plis de la muqueuse à un centimètre du bord du néoplasme. Ganglions autour très engorgés, mais on ne trouve pas de dépôts secondaires.

Observation 20 (Mansell-Moullin).

Homme de grande taille, âgé de 20 ans, extrêmement amaigri. Sa maladie a commencé il y a trois ans par les symptômes d'une gastrite chronique. Depuis plusieurs mois il n'a pu prendre aucun aliment solide et il souffre beaucoup de nausées. Dernièrement les lavages de l'estomac ont pu le soulager en retirant de deux à deux litres et demi de liquide. A l'examen de l'abdomen on trouve la paroi très mince, l'estomac dilaté, mais on ne peut trouver aucune tumeur ; les intestins sont constipés et le malade passe très peu d'urine. Après une consultation on diagnostique une occlusion du pylore ; à cause de l'âge du malade, l'époque que les symptômes avaient commencé, et l'absence de toute tumeur perceptible, on ne croit pas à la nature maligne de la maladie, et à part d'une histoire très vague d'une péritonite à l'âge de trois ans, on ne trouve aucune cause de l'occlusion. Pendant un ou deux mois le malade restait chez lui, son état parut être un peu amélioré. Alors, malgré son amaigrissement extrême, il perdait rapidement du poids, seize livres en sept semaines, son pouls 56 le malade couché, montait, au moindre effort du malade, à 80-90 par minute, la température restait au dessous de la normale. Pendant huit jours on a essayé de relever ses forces par l'administration de lavements nutritifs, mais sans aucun résultat, et vers le commencement de mars, on se décidait à l'opérer. Lavages de l'estomac la nuit avant l'opération, répétés le matin même, avec une solution d'acide borique, le contenu était très offensif. A l'ouverture de l'abdomen on trouve une dilatation moyenne de l'estomac, le pylore épaissi et dur, mais il n'y existait du côté de la séreuse aucune tumeur ou autre explication de l'occlusion. Pyloroplastie contre-indiquée par l'épaississement du pylore, on se décidait à faire une gastro-jéjunostomie par la méthode de Senn, l'épiploon et l'intestin grêle repoussés à droite, on trouvait de suite le commencement du jéjunum, on fit une ouverture à la paroi antérieure de l'estomac près de l'extrémité pylorique, dans laquelle on insérait une plaque,

une ouverture semblable sur la convexité de l'anse intestinale, insertion de la plaque et approximation des deux surfaces en nouant les fils, quelques points de suture de Lembert complémentaires et on termine par la fermeture de l'abdomen à deux rangs de suture.

Choc intense. — La température restait au-dessous de 36° pendant plusieurs heures, et l'eau qu'on injectait dans l'intestin à deux reprises pour le laver y fut retenue et absorbée Pendant les deux premiers jours le malade ne sécrétait que quelques onces d'urine fortement colorée et louche. Lavements nutritifs toutes les quatre heures et du lait peptonisé. administré par la bouche en petites quantités à partir du jour qui suivit l'opération. Nausées continuelles et le malade vomissait plusieurs fois; au commencement on y remarquait une très petite quantité de sang altéré, le troisième jour de la bile. A partir de ce moment le malade s'est remis, malgré quelques vomissements, gagnait des forces, et pouvait s'asseoir sur son lit. On continuait le lait peptonisé, de l'extrait de viande, aliments farinés, du champagne et du cognac. Des petites quantités de crème et de poisson furent prises sans aucune difficulté. Les évacuations intestinales des matières fortement colorées se faisaient normalement. La température, qui avait une fois monté à 38°, le troisième jour après l'opération, devenait normale. Premier pansement au bout de huit jours, réunion des parties profondes mais rétraction des bords de la peau ; tout progressait bien. Au bout de quinze jours après l'opération la régurgitation intestinale commençait à ennuyer le malade, vomissements deux à trois fois par jour de matières composées de bile presque pure et en grande quantité. Alimentation continuait abondante et bien digérée, mais on voyait que le malade ne gagnait plus, rien ne pouvait lui bénéficier, il devenait plus maigre qu'avant l'opération. On notait un léger délire nocturne à la fin de la quatrième semaine, ses urines et les selles s'évacuaient à l'insu du malade, qui s'affaiblissait de plus en plus, et il est mort six semaines après l'opération. La plaie était complètement guérie.

Les dix derniers jours de sa vie il ne vomissait plus et les matières étaient fortement colorées par la bile. Un peu de diarrhée quelques jours avant sa mort, qu'on arrêtait par l'administration d'amidon et de l'opium par injections. Jusqu'au jour de sa mort sa digestion se faisait très bien et il prenait facilement une alimentation liquide, d'une quantité suffisante. La température avait continué normale jusque trois jours avant la mort, lorsqu'elle montait à 38°, 38.5° et 39°, pour tomber à la normale le matin. Au moment de la mort elle montait à 41°. A l'*autopsie,* on trouvait la plaie abdominale saine, une anse de l'intestin grêle adhérente à sa surface postérieure. Pas de péritonite, le jejunum à 35 centimètres de son origine, fermement réuni à l'estomac à 8 centimètres du pylore, A l'ouverture de l'estomac on trouvait l'orifice pylorique rétréci au calibre d'un trou d'épingle. L'épaississement noté à l'opération avait presque complètement disparu, rétrécissement probablement d'origine musculaire, car il n'existait aucune cicatrice à l'estomac ni dans le duodénum qui pouvait expliquer la contracture. L'orifice artificiel complètement guéri, laissait passer facilement le bout du petit doigt, tout près se trouvaient les fils de soie qui pendaient librement,

L'estomac contenait une toute petite quantité de liquide, le gros intestin des matières fécales demi-solides, un peu de bile dans la vésicule biliaire, les autres viscères exsangues, mais sains.

Observation 21.

Femme, 35 ans, entrait à London Hospital pour carcinome du pylore ; taille moyenne, avait pesé 154 livres, mais actuellement ne pèse que 62 livres, Sa maladie commençait neuf mois auparavant, pas une douleur en travers de l'abdomen, vomissements fréquents, amaigrissement qui devenait excessivement rapide et une masse dure fut perceptible à droite de la ligne médiane, juste au-dessus de l'ombilic. A l'examen cette masse ne semblait pas fixée par des adhérences.

L'estomac très dilaté s'étendait dans la fosse iliaque gauche, les autres organes semblaient sains. Diagnostic pas

douteux, on l'opérait le 8 mai par les procédés semblables à l'observation précédente, mais à l'aide des bobines d'os de Mayo-Robson, au lieu des plaques de Senn. Opération complète en 40 minutes. Choc moins sévère que l'autre cas. Lavements nutritifs toutes les quatre heures et le matin suivant on donnait du lait peptonisé et du whisky par la bouche. Température le jour de l'opération normale, et à partir de ce moment descendait régulièrement jusqu'au sixième jour, quand elle n'atteignait qu'à peine 35°6, et la malade est morte d'épuisement. A l'*autopsie* on trouve la plaie saine, jéjunum fermement adhérent à l'estomac, à l'ouverture duquel on voyait la bobine libre à l'intérieur, un peu ramollie, ses bords arrondis, l'orifice assez large laisse facilement passer l'index, les bords de la muqueuse adhérents à la marge.

Observation 22 (Morison).

T. S..., âgé de 31 ans, dyspeptique de longue date. Il y a trois mois, il avait une forte douleur à l'estomac, après un repas copieux, suivi de vomissements « marc de café » il y a douze jours, mais les vomissements étaient souvent d'une quantité très grande, mousseux comme de la levure et de mauvaise odeur. Depuis douze jours le malade ne s'est pas couché, ses douleurs défendant le décubitus dorsal. Il est maigre et semble de tempérament nerveux. Les douleurs dans le dos et à l'estomac l'empêchent de se coucher et, assis, le malade tend à se pencher en avant pour se soulager. On sent une tumeur dure, nodulaire, grosse et immobilisée qui remplit la région épigastrique, on y trouve des pulsations et un « bruit. » Diagnostic: grosse tumeur maligne de l'estomac, comprenant le pylore. Le 17 novembre 1892, on ouvrait l'abdomen. Tumeur adhérente au foie, pylore évahi attaché à la paroi péritonéale à sa partie supérieure, il se trouvait aussi à cet endroit plusieurs noyaux malins sur la paroi péritonéale. Gastro-enterostomie à l'aide des plaques de Senn, après un peu de difficulté causée par l'impossibilité d'amener l'estomac dans la plaie à cause des

adhérences. Greffe épiploïque autour de la plaie. Pas de choc, et le malade revenait du chloroforme pour trouver que toute trace de l'ancienne douleur avait disparu. Le 23 octobre, cinq jours après l'opération, le malade se trouvait très bien, restant assis dans une chaise. Le huitième jour après avoir été opéré, il fut pris d'une attaque de syncope et est mort au bout de quelques minutes. Son état général n'avait été dérangé d'aucune façon par l'opération. Température et pouls toujours normaux. Le jour de sa mort, il pouvait manger et digérer facilement une alimentation solide, et depuis l'opération n'avait eu aucune malaise.

Autopsie. On ne trouvait que la tumeur maligne constatée à l'opération. L'union de l'estomac avec l'intestin était parfaite. Aucune trace de péritonite, autre que des adhérences de l'épiploon au voisinage de la tumeur. Aucune trace des plaques. L'estomac n'était pas dilaté, ses parois étaient épaisses et saines.

Nota. — *Cet auteur publie deux opérations par méthode de Senn et deux par sutures, les deux dernières suivies de mort; après regurgitation des matières fécales, biliaires, etc., jusqu'à la mort et à l'autopsie, on note une dilatation de l'estomac énorme.*

Observation 23 (Purcell).

F. M..., âgée de 44 ans, entrait à Cancer Hospital le 3 mars 1892 ; femme très maigre, ne pèse que 83 livres, se plaint de l'estomac et de douleur dans l'hypochondre droit, elle vomit à peu près deux heures après ses repas, action intestinale irrégulière, constipation habituelle, selles noirâtres avec débris de sang, premier bruit du cœur dédoublé, poumons sains, urine alcaline ne contenant pas d'albumine. On sent nettement une tumeur sur le pylore, nodulaire et mobile, s'étendant à droite, à travers la ligne médiane à l'ombilic, l'estomac dilaté donne un bruit de liquide aux secousses. On propose une gastro-jejunostomie et pylorectomie si elle se trouve praticable. Lavage de l'estomac, pendant les huit jours qui précèdent l'opération, avec une solution de salicylate de soude à 2 %, lavements nutritifs matin et soir,

du lait peptonisé et de l'extrait de viande par la bouche, le soir avant l'opération, lavement d'eau savonneuse. Opération le 19 mars 1892. La malade est couchée sur un matelas en caoutchouc rempli d'eau chaude, chloroforme; incision sur la ligne médiane de l'ombilic, vers l'apophyse xyphoïde, longue de 10 centimètres, l'estomac se présente dans la plaie, l'organe très agrandi, 10 centimètres de son bord droit envahi par la tumeur qui s'étendait dans le pylore, envahissait le duodenum, le tout adhérant à la colonne vertébrale, paroi antérieure de l'estomac envahie, on abandonne l'idée de pylorectomie. On attire dans la plaie une anse du jejunum prise très près de son origine, on l'isole entre deux ligatures élastiques, alors on amène la paroi antérieure de l'estomac dans la plaie. Les parties entourées des éponges tièdes, on les incise et insère les plaques de Senn ; approximation, six sutures complémentaires, on enlève les ligatures élastiques, réduit les parties et ferme l'abdomen après avoir épongé la cavité péritonéale à cause de la présence d'un peu de liquide ascitique. Durée de l'opération, 55 minutes. La nuit, une piqûre de morphine pour soulager une forte douleur, une cuillerée d'eau tiède par la bouche toutes les demi-heures, pas de nausées, quelques gouttes de cognac, urine retirée, sept onces. Le jour suivant, quelques cuillerées de lait peptonisé, du cognac, de l'eau tiède, peu de douleur. 24 mars, progrès marqué, pot-au-feu de mouton. 25 mars, lavement à l'eau savonneuse amène une évacuation intestinale. La malade cesse de prendre du cognac et prend des œufs. 26 mars, poisson, selles après lavement simple, pansement, plaie en bon état, ablation des sutures. 27 mars, elle rentre dans la salle commune et commence à manger les repas ordinaires presque aussitôt après. La température n'a jamais passé 37°6. Pouls 86-80. Le 14 avril, elle quitte l'hôpital.

Observation 24 (Ramsay).

Mme H., âgée de 47 ans, entrait dans le service à Saint-Raphaël's Hospital, le 26 mars 1891. Elle a souffert depuis un an de vomissements constants, et actuellement a excessi-

vement maigri, à son entrée elle pouvait à peine marcher dans la salle à cause de sa faiblesse et ne pouvait rien retenir sur l'estomac, vomissant des matières « marc de café » caractéristiques. A l'examen on trouvait dans la région épigastrique une tumeur de la grosseur du poing, un peu mobile et indolore. Diagnostic : cancer du pylore, et on explique à la malade le danger de l'opération qu'elle acceptait. Lavage de l'estomac pendant trois jours antérieurs à l'opération, qui eut lieu le 30 mars 1891. Ether pour anesthésique, incision longue de douze centimètres, du cartilage xyphoïde à l'ombilic, on trouve que la tumeur comprenait le pylore et le duodenum, dure, de l'aspect du carcinome, et son ablation impraticable, une anse du jejunum longue de quinze centimètres, fut isolée entre deux ligatures élastiques, et l'intestin incisé ; par l'incision on introduisait une plaque d'os de Senn de volume moyen, après avoir irrigué l'intérieur de l'intestin avec de l'eau stérilisée, l'estomac traité de la même façon avec une hémostase faite par une suture circulaire autour de l'orifice, approximation des plaques, une suture circulaire complémentaire. Durée de l'opération, vingt minutes. La malade se remettait sans le moindre choc, et n'a jamais eu de température élevée. Le troisième jour, après avoir mangé une pomme, elle avait une attaque de vomissements, c'est le seul incident de la convalescence, et le seizième jour elle quittait l'hôpital.

Observation 25.

Joseph K., fermier, âgé de 44 ans, a souffert depuis quatre ans des troubles de l'estomac, et on l'avait traité pour toutes sortes de maladies. Pendant les trois dernières années, il a vomi tous les jours vers le soir, quelquefois des matières noires caractéristiques d'un cancer de l'estomac. A l'examen, le 16 avril 1891, on notait : pas d'amaigrissement, teint pâle et anémique, l'examen minutieux ne peut découvrir aucune tumeur ; l'estomac, dilaté, contenait à peu près huit litres de liquide, il pouvait manger pendant la journée, mais au moment de se coucher, il était forcé de

vomir et se trouvait soulagé après avoir évacué le contenu de son estomac. Depuis des années il souffrait d'une constipation opiniâtre. Diagnostic : rétrécissement non malin du pylore. Lavage de l'estomac deux fois par jour et alimentation par voie rectale jusqu'au jour de l'opération, le 25 avril 1891. Ether pour anesthésique, incision comme le cas précédent, adhérence de l'estomac et du foie avec les parties avoisinantes, qu'il fallait rompre, et par conséquent un peu d'hémorrhagie, intestins pleins de matières fécales, dures. Opération sur l'intestin, comme dans le cas précédent, mais on employait un drain capillaire de Mickulicz, à cause de l'hémorrhagie; guérison sans incident; le quatrième jour il se nourrissait de soupe farinée et quittait son lit le 14e jour.

Depuis l'opération il n'a eu aucun vomissement et se trouve beaucoup mieux.

Observation 26 (Renton).

A. H., femme âgée de 38 ans. Depuis mars 1890, elle ne peut prendre aucun aliment solide sans avoir des vomissements de temps en temps. Les matières rendues la nuit contenaient les aliments pris le matin avant. Le régime lacté seul pouvait arrêter les vomissements pendant quelques jours, mais la malade trouvait qu'elle était plus confortable de ne rien prendre. On pouvait sentir nettement une tumeur un peu au-dessous du siège normal du pylore, estomac dilaté à la percussion et bruit de liquide aux secousses. Entrait à Blythswood Nursing Institution-Glasgow le 14 novembre 1890. Alimentation pendant deux jours par du lait en petites quantités, tisane d'orge, suppositoires de viande. A cause de sa faiblesse on ne fit aucun lavage de l'estomac avant l'opération, le 16 novembre 1890 anesthésie-éther. Incision de l'abdomen, un peu à gauche de l'ombilic, estomac trouvé dilaté, tumeur facile à enlever, grosse comme une orange, un peu aplatie, sans adhérences, d'apparence maligne. Faiblesse contre-indiquait pylorectomie ; le doigt, introduit par une incision longue de deux centimètres à l'extrémité pylorique de l'estomac, constatait que l'occlusion

de cet orifice était causé par un épaississement du pylore sans ulcération qui laissait à peine pénétrer le petit doigt. L'opération de Loreta non praticable, on se décidait à faire l'anastomose du jéjunum avec l'estomac à l'aide des plaques de Senn. Après lavage de l'estomac, agrandissement de l'incision à quatre centimètres, insertion d'une plaque armée des fils de catgut à l'acide chromique, deux fils passés latéralement au travers les tuniques stomacales, les deux autres fils amenés aux angles de l'incision, une partie du jéjunum choisie, isolée par des pinces de Makin, après avoir été vidé de son contenu, incision longue de deux centimètres et demi, insertion de la plaque comme la précédente. Apposition, une suture de Lembert à chaque bout, réduction de l'estomac et du jéjunum dans l'abdomen qu'on fermait avec la soie. Guérison parfaite au bout de trois semaines, la malade prend des aliments solides et, actuellement, huit mois après l'opération, elle se porte très bien. Bien nourrie, elle fait tout son travail de ménage, soignant des malades. N'a pas souffert, ni vomi depuis l'opération. A l'examen, maintenant, on ne peut sentir aucune tumeur, peut-être à cause de l'état beaucoup plus gras de la malade.

Observation 27 (Renton).

J. M...., menuisier, âgé de 47 ans, me fut adressé par le Dr Gunn, en décembre 1891, souffrant de dyspepsie depuis quatre ans, accompagnée d'amaigrissement et de vomissements. Plusieurs traitements, aliments peptonisés, lavage de l'estomac, etc., n'empêchaient pas l'amaigrissement et dernièrement le malade était incapable de tout travail. Après une période d'observation et de régime lacté, une opération fut décidée après une consultation.

Le 6 février 1892, après un lavage évacuateur de l'estomac, l'éther fut administré. L'estomac fut découvert par une incision abdominale à droite et au-dessus de l'ombilic, estomac dilaté sans aucune trace de tumeur du pylore, ni d'adhérences. Pour déterminer l'état actuel de l'estomac, on

fit une petite incision à l'extrémité pylorique à la partie la plus déclive, et le petit doigt introduit par la plaie allant du côté du pylore trouvait cet orifice si contracté qu'on ne pouvait pas y passer le bout du doigt. Il n'y avait aucune preuve d'un état cicatriciel, mais un état de dureté, peut-être un néoplasme malin ou plus probablement causé par l'hypertrophie, résultat des efforts faits par l'estomac depuis longtemps pour faire passer les aliments.

On se décida à joindre l'estomac à l'ileum au lieu de faire l'opération de Miculicz (incision longitudinale du pylore avec une suture transverse pour fermer la plaie).

L'estomac lavé, on agrandissait l'incision à quatre centimètres et introduisait la plaque d'os armée des fils du catgut préparés par l'acide chromique (Recommandation de Jessett). Les ligatures au nombre de quatre, passées latéralement au travers les couches de l'estomac, furent sorties aux angles supérieurs et inférieurs de la plaie, une anse de l'intestin grêle choisie pour être facilement appliquée à l'estomac, vidée de son contenu pour l'espace de sept centimètres fut pincée avec une pince de Makin à chaque extrémité. On ouvrait l'anse par une incision longue de deux centimètres et demi et introduisait une plaque d'os qu'on fixa de la façon déjà décrite. Les deux ouvertures approchées, on noua les fils et plaça une suture de Lembert complémentaire. L'estomac et l'intestin réduits dans l'abdomen, on ferma ceci avec les sutures de soie. Pansement ordinaire. Les plaques d'os furent absorbées au bout de deux jours (?).

Le progrès du malade était rapide et au bout de dix jours il pouvait prendre une alimentation solide et rentrait chez lui à la fin de trois semaines. Actuellement il se porte très bien et travaille à son métier, mangeant comme les autres. Il a gagné 28 livres de son poids et se trouve très content de l'opération.

Observation 28 (Mayo-Robson).

W.-S., menuisier, entrait à l'Infirmary le 23 juin 1891. Il raconte que sa santé était très bonne jusqu'à il y a six mois. Mais depuis cette époque, il commençait à perdre son appétit

et se plaint d'une sensation de poids à l'estomac après les repas, presqu'aussitôt il survenait de la douleur à l'épigastre et des vomissements du contenu de l'estomac de temps en temps. Depuis deux mois, les vomissements sont toujours des matières noirâtres et presque constants après avoir mangé; à part d'une tension générale de l'abdomen, il n'a jamais remarqué aucun gonflement localisé. Depuis huit mois, il a perdu 28 livres de son poids.

A son entrée, le malade semble très amaigri, et à l'examen de l'abdomen, on trouve les signes caractéristiques de la dilatation de l'estomac. On sent une tumeur grosse comme une noix à 2 centimètres 1/2 à droite de la ligne médiane, à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic, sensible à la pression, et quelquefois plus facile à sentir que d'autres. La tumeur, mate à la percussion, est mobile et se déplace verticalement avec la respiration.

Il a des vomissements après chaque repas, des matières marc de café avec des aliments inaltérés; à l'examen, on y trouve du sang et une absence complète d'acide chlorhydrique libre. Diagnostic : cancer du pylore, et après consultation, on propose une pylorectomie.

Rien que des aliments liquides ne furent donnés au malade le 24 juin 1891, et après son dîner, on le nourrissait par voie rectale exclusivement. Le soir, la partie supérieure de l'abdomen fut rasée et couverte d'un pansement antiseptique. L'estomac fut lavé avec une solution boro-glycérinée, encore un lavage de l'estomac le matin du 25, et un troisième lavage une demi-heure avant l'opération, qu'on fit, à 2 heures de l'après-midi, le 25 juin 1891 ; éther anesthésique.

Incision longue de huit centimètres; sur la ligne blanche, au-dessus de l'ombilic, après avoir rompu quelques adhérences du péritoine, la tumeur pylorique se laisse facilement amener à la surface. La maladie semble limitée au pylore, ne s'étendant qu'une petite distance sur la paroi antérieure de l'estomac. Une aiguille, montée, à pointe émoussée, passée au travers de l'épiploon gastro-hépatique, chargée d'un fil de soie, doublé et ramené, permit la

ligature double de l'épiploon qu'on divise entre ces ligatures, une répétition de ce procédé à droite et à gauche des premières ligatures, isole le pylore par en haut. L'index de la main gauche, passé au travers de cet orifice, dans la petite cavité péritonéale, accomplit des ligatures semblables et permet l'incision du grand épiploon sans aucune perte de sang.

Des pinces de Hahn furent alors placées sur l'estomac et le duodenum plus loin que les parties malades qu'on enlevait en sectionnant avec les ciseaux. Après l'hémostase par ligatures de tous les points saignants, on fermait la plaie de l'estomac par une suture continue, renforcée par des sutures de Lembert, de haut en bas, ne laissant qu'une ouverture égale à l'orifice duodénal. Le péritoine des moitiés postérieures de l'estomac et du duodenum fut fermé par des sutures de Lembert, alors la muqueuse de l'estomac et du duodenum, tout autour, et dernièrement la moitié antérieure des ouvertures de l'estomac et du duodenum furent accolées par des sutures de Lembert. Grâce au tamponnement avec les éponges, le péritoine échappait à toute souillure et il n'y avait aucune perte de sang. La plaie abdominale fut fermée de la façon ordinaire par six sutures aux crins de Florence. Durée complète de l'opération, une heure un quart; suites opératoires les plus favorables, température toujours normale, aucun choc, très peu de vomissements pendant les premières vingt-quatre heures d'un liquide noirâtre. Le deuxième jour, extrait de viande et tisane d'orge, le troisième jour du lait, de l'eau gazeuse et de l'extrait de viande, le quatrième jour un litre et demi de lait, de l'extrait de viande et quelques aliments légers.

Le 4 juillet, huit jours après l'opération, on fit le premier pansement, réunion complète, ablation des sutures. Le malade prenait des gâteaux de riz et du poisson, et le jour après du poulet, le suivant une côtelette de mouton qu'il mangeait avec appétit et digérait. Il gagnait rapidement ses forces et quittait l'hôpital un mois après l'opération, bien portant.

La tumeur enlevée, grosse comme une noix, était dure au toucher et à la section. La surface du péritoine était lisse et en apparence non affectée, il y avait une marge de tissu entre le néoplasme et la surface de la section. La muqueuse était foncée et ulcérée, l'orifice pylorique, très rétréci, n'admettait que le bout du petit doigt.

21 août 1891. Le malade revient disant que ses vomissements sont revenus, qu'il maigrit, ayant perdu tout le poids gagné. Les matières vomies contiennent des aliments fermentés mais sans l'aspect du marc de café comme auparavant. On y trouve du mucus effilé, des cellules de la levure mais pas de sarcini et aucun acide chlorhydrique libre. Les vomissements se produisent deux heures ou deux heures et demie après les repas. Dilatation de l'estomac manifeste, mais on ne peut sentir aucune tumeur ou autre anormalité. Malgré des lavages journaliers de l'estomac, le malade maigrit rapidement, et le 8 septembre on note qu'il a perdu 9 livre et demie depuis son entrée. Le 9 septembre la faiblesse du malade contre-indique la continuation des lavages et on se demande s'il aura assez de force pour une autre opération ; il était maintenant évident que l'orifice pylorique s'était rétréci. On explique son état au malade et à sa femme, en lui proposant une gastro-entérostomie.

Opération le 10 septembre, éther comme anesthésique ; on ouvre l'abdomen sur la ligne de l'ancienne cicatrice. On ne trouve aucune trace de récidive de l'ancienne maladie du pylore et tous les organes semblent normaux à part de la dilatation de l'estomac ; suivant le jéjunum de son point fixé à gauche de l'épine dorsale, on trouve facilement une anse qu'on sort, vide de son contenu et de son sang, par malaxation entre les doigts de la main gauche, ligature de sa base avec une bande élastique, nouée une fois et maintenue par une pince hémostatique. Les plaques d'os (Senn) furent alors introduites par des incisions des parties inférieures de l'estomac et de l'intestin, attachées de la façon ordinaire. Quatre sutures de Lembert furent placées autour pour une plus grande sécurité.

Le péritoine n'était pas souillé et on fermait l'abdomen avec des crins de Florence. Durée de l'opération, trois quarts d'heure.

Le malade se remettait assez bien de son opération, température du soir 36°.

Les lavements nutritifs furent continués toutes les quatre heures, une cuillerée à café d'extrait de viande administrée par la bouche toutes les heures.

Le 11 septembre, le malade paraît mieux. Pas de vomissements ni de douleur, mais on fut forcé d'interrompre l'administration de l'extrait de viande de temps en temps à cause des nausées qu'il provoquait. Température normale, pouls faible. Le 12 septembre, outre la faiblesse du malade, il semble assez bien, aucune douleur ni nausée, mais son haleine avait une mauvaise odeur et il ne pouvait retenir ses lavements nutritifs. On donnait du cognac et une alimentation liquide que le malade retenait. Le 13 septembre, sans développer aucun symptôme nouveau, le malade devint de plus en plus faible et mourut d'épuisement pendant l'après-midi.

Autopsie (Dr Barrs).

Cadavre, amaigrissement extrême, aucune trace de graisse, surfaces péritonéales teintes en noir-grisâtre, teinté probablement par le sang de l'opération de Juin. Aucune péritonite généralisée. Quelques adhérences anciennes dans la région du pylore, adhérence récente d'une anse du jejunum avec l'extrémité pylorique entourant les sutures de Lembert. *On peut dire que l'opération de gastro-entérostomie a été complètement satisfaisante,* la partie la plus haute du jejunum possible avait été abouchée dans la partie la plus déclive de l'estomac, *et tout se trouve en état parfait,* la plaque intestinale est en partie corrodée et la plaque stomacale s'est détachée et ramollie, les ligatures de tous les deux restent en place. Il y avait un orifice ouvert et assez grand entre les deux viscères. L'estomac contenait du liquide grumeux, en apparence fécaloïde, et la muqueuse stomacale fut teinte d'une façon qui indiquait que le

liquide intestinal avait pénétré dans l'estomac, les papilles de l'estomac étaient fortement hypertrophiées. *L'orifice pylorique n'admettait pas le bout du petit doigt* sans le forcer, l'anneau pylorique normal se trouvant remplacé par du tissu cicatriciel en bande tendue et dure. A la vue, les organes semblaient naturels et il n'y avait aucune trace néoplasique à l'estomac ou ailleurs. Tous les autres organes étaient sains.

Mayo Robson dit : « A l'avenir j'employerai certainement un tube d'os déçalcifié, » et je propose une modification des plaques de Senn en bobine.

Observation 29 (Robson).

Mlle G.. , âgée de 27 ans, consultait le 20 mars 1890 pour une tumeur à l'épigastre, accompagnée de douleur, nausées et vomissements ; la douleur et les vomissements étaient accentués après les repas, mais se produisaient quelquefois indépendamment de toute ingestion d'aliments. Elle déclarait que sa santé était excellente jusqu'au milieu de février, quand elle commençait à avoir des douleurs lancinantes dans la région de l'estomac qui duraient en moyenne une demi-heure pour reprendre à intervalles de deux à trois heures ; cet état persistait pendant trois semaines au bout desquelles la tumeur est apparue, ce qui soulageait un peu la douleur, mais à partir de ce moment les nausées et les vomissements ont commencé. Tout exercice aggravait les symptômes. Depuis le commencement la malade a maigri peu à peu. On trouve la tumeur sur la ligne médiane à mi-chemin entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, grosse comme une petite orange, sensible à la pression, dure, nodulaire et parfaitement mobile, elle accompagne les mouvements respiratoires de haut en bas et transmet les pulsations de l'aorte.

Le 3 avril la malade a continué à maigrir, vomissements persistants, et éructations de temps en temps bien offensives. Le 10 avril l'auteur fut appelé en consultation et on conseillait une opération. Le 17 avril elle entrait à l'hôpital.

Les symptômes continuaient mais on notait que le gonflement épigastrique, de dur et saillant, devenait quelquefois aplati et moins perceptible. Le 29 avril 1890 on note que les vomissements reviennent trois fois par jour, bruit de flot à la sécussion de l'abdomen. Opération le 30 avril, éther après désinfection de la paroi abdominale, et lavage de l'estomac avec une solution boro-glycérinée. Incision sur la ligne médiane d'un point, cinq centimètres au-dessous du sternum, à l'ombilic. Le péritoine ouvert, on voit l'estomac dont on trouve l'extrémité pylorique, le siège de la tumeur englobant aussi les premiers deux tiers du duodenum, ce qui contre-indiquait la pylorectomie, et on se décide à faire une gastro-entérostomie. L'épiploon soulevé, on trouve facilement, l'origine du jejunum descend un peu pour en faire une anse, qu'on vide de son contenu par pression digitale, entoure avec une bande élastique nouée et saisie par une pince à forcipressure. On incise l'intestin suffisamment pour laisser pénétrer la plaque d'os décalcifiée, une plaque semblable introduite dans l'estomac, on passe les fils supérieurs et inférieurs à travers les couches de l'estomac et de l'intestin, les noue en faisant l'approximation du jejunum et de l'estomac, on place six sutures de Lembert supplémentaires, pour empêcher une torsion de l'intestin on l'attache à une distance d'un pouce du bord des plaques par une autre suture. Le péritoine n'était pas contaminé. On ferme l'abdomen avec des sutures de soie. Après l'opération, la malade se plaignait d'un peu de douleur et vomissait une quantité de liquide fortement coloré qui contenait du sang. Le 3 mai, la malade vomissait deux fois, mais n'avait aucune douleur. Le 4 mai, un peu de nausée, contrôlée par la morphine. Lavements nutritifs trois fois par jour, du champagne, du lait et de l'eau gazeuse par la bouche.

Le 7 mai, on note l'état amélioré de la malade. Le 8 mai, pansement, réunion par première intention, ablation des sutures. La température n'avait jamais passé la normale. La malade prenait du thé, du lait et de l'eau gazeuse par la bouche. Le 15 mai, des huîtres, du pain, du beurre et du thé.

Le 17, léger vomissement. Le 19 mai, alimentation solide sans aucun vomissement. La malade se levait le 26 mai et le 29 elle pesait 74 livres, elle mangeait très bien, ne vomissait que de temps en temps. Le 5 juin, elle avait gagné une livre et le 10 on note encore une amélioration. La malade quittait l'hôpital à ce moment en convalescence, rentrant chez elle le 9 juillet.

Pendant la convalescence on note que la malade, malgré une bonne alimentation, ne semble pas gagner de poids. Vomissements de temps en temps, la tumeur augmentée d'une façon notable. Son médecin, à Londres, m'a fait savoir qu'elle était morte épuisée le 3 août. Autopsie impossible.

Remarques. — L'opération a fait tout ce qu'on pouvait demander, la malade est morte du progrès de la maladie, etc.

Observation 30 (Mayo-Robson).

Gastro-entérostomie pour cancer du pylore. Malade souffrant d'une sténose du pylore causée par un cancer pylorique très avancé; vomissements tous les jours depuis quatre mois, a perdu à peu près 20 livres dans l'espace de six mois. A l'opération on trouvait l'estomac si envahi par la tumeur que la bobine devait être insérée à une distance d'un centimètre de la tumeur seulement, l'estomac n'étant pas amené dans la plaie, mais entouré d'éponges dans la cavité péritonéale. La régurgitation du contenu intestinal produisait des nausées, mais le malade ne vomissait plus et après quelques jours pouvait prendre une bonne alimentation. Pouls et température restaient normaux, aucune distension stomacale. Réunion de la plaie par première intention, ablation des sutures, le septième jour, et le malade pouvait s'asseoir sur son lit. Il semblait avoir perdu tout pouvoir d'assimilation des aliments et gagnait ni de la force ni du poids, malgré l'absence de toute douleur. Il est mort d'épuisement au bout de trois semaines. A l'autopsie, péritoine absolument sain, union entre les viscères opposés très ferme, les sutures perdues, ouverture très bonne, marges muqueuses lisses, existent entre l'estomac et le jejunum.

Observation 31 (Ruth).

J. S., agé de 58 ans, jardinier; très amaigri et faible. Santé bonne mais depuis plusieurs années il était forcé de choisir ses aliments avec grand soin à cause du malaise causé par l'ingestion de certains aliments. Deux mois avant ma visite, le 8 juillet 1891, pendant qu'il travaillait dans les champs, il fut pris subitement de douleurs à l'épigastre accompagnées de nausées et vomissements d'une grande quantité de liquide noirâtre mélangé avec des mucosités ; pendant les trois semaines suivantes il ne pouvait prendre que très peu de nourriture et ne retenait que de l'eau en très petite quantité, constipation opiniâtre, les matières vomies étaient toujours noirâtres et quelquefois en quantité de deux litres à la fois.

Remplissant et évacuant l'estomac autant que possible avec le tube stomacal sans faire d'irrigation à cause du refus du malade, je trouvai l'organe très dilaté et déplacé en bas occupant en partie la fosse iliaque gauche. Le pylore déplacé en bas à peu près de trois pouces, se laissait sentir facilement à travers la paroi abdominale très mince et je trouvais l'extrémité pylorique de l'estomac épaissie et indurée. Diagnostic : sténose du pylore causée par l'infiltration carcinomateuse. Le malade pouvait à peine s'asseoir ; pouls 120 et faible. On proposait une opération en dernier ressort qui fut acceptée. Une alimentation rectale fut ordonnée, mais deux jours plus tard, au moment de l'opération, je trouvai que cette alimentation n'avait jamais été donnée ; malade exténué, pouls 150, très faible, gastro-entérostomie à l'aide des plaques d'os décalcifiées de Senn, aucune difficulté autre que celle de maintenir le malade en vie, diagnostic vérifié complètement, le pylore envahi par un petit carcinome qui fermait l'orifice sans infiltration des tissus ni des organes avoisinants, un vrai cas pour une pylorectomie, si on aurait dû la faire. Si la gastro-entérostomie avait pu être faite pendant que le malade avait encore une force suffisante, je suis convaincu qu'on aurait pu prolonger sa vie. Il a survécu douze heures à l'opération et il est mort sans aucune douleur, ni vomissement. On avait

irrigué l'estomac avant l'opération, incision sur la ligne médiane, anastomose entre l'estomac et la partie la plus haute possible du jéjunum.

Observation 32 (Senn).

Malade, âgé de 65 ans. Symptômes de sténose pylorique depuis un an, réduit par l'amaigrissement à l'état de squelette ; œdème des jambes, ne pouvant retenir aucun aliment que quelques heures. A cause de l'état anémique et la prostration extrême du malade, on ne faisait qu'une anesthésie partielle. Pendant l'opération, le pouls devint presque imperceptible et une injection hypodermique de cognac fut administrée, la tête placée en position déclive et applications chaudes externes. Une heure après l'opération le pouls était plus fort qu'au commencement.

Alimentation rectale, légère élévation de la température le deuxième jour. Pas de douleurs. Le troisième jour alimentation stomacale, liquide en petites quantités. L'action du cœur devint de plus en plus faible et le malade est mort dans le marasme, cinq jours après l'opération.

Autopsie. — On trouve les plaques en place, adhérences fermes, ouverture patente, aucune péritonite. Le carcinome était circulaire et limité au pylore, anastomose juste au-dessous du duodenum. Je suis convaincu que l'opération n'avait rien fait pour abréger sa vie.

Observation 33.

Malade, âgé de 47 ans. Durée de la maladie : dix-huit mois. Vomissements rebelles, amaigrissement très grand, œdème des jambes. On pouvait déterminer le contour de la tumeur par le palper et par la percussion. Tumeur adhérente à la surface inférieure du foie, ganglions lymphatiques augmentés de volume. Anastomose effectuée juste au-dessous du duodenum. Aucun symptôme anormal après l'opération.

A la fin de la première semaine on permettait une alimentation solide. Aucun vomissement. A la fin de la troisième semaine formation d'un abcès à la partie inférieure

de la plaie cicatrisée, dans le contenu de cet abcès on trouve les fils des plaques d'os et une fistule gastrique se formait par laquelle les aliments s'échappaient aussitôt avalés. Cette fistule se fermait spontanément en moins de quinze jours et le malade gagnait de la force et du poids, pouvait retenir et digérer les aliments de toute espèce, amélioration continuelle et il peut faire de courtes promenades à pied et de grandes promenades en voiture.

Trois mois après l'opération, il commence à maigrir et meurt de cachexie progressive quinze jours plus tard ; *autopsie* ne pouvait pas être faite,

Observation 34.

Malade, âgé de 35 ans. Symptôme d'une sténose pylorique depuis six mois. Tumeur découverte depuis quatre mois d'une croissance rapide.

Amaigrissement notable et apparence cachectique. La tumeur comprend presque le tiers de la paroi antérieure de l'estomac et tout le pylore. Les ganglions épiploïques infiltrés. La première anse intestinale saisie fut unie à la paroi antérieure de l'estomac de la façon ordinaire. Ablation des sutures de la paroi abdominale, le huitième jour. Jusqu'à ce moment, aucun symptôme anormal, malgré que le malade se nourrisse d'aliments liquides depuis plusieurs jours. Le jour suivant (9e jour), des vomissements rebelles se sont produits et dans les matières rejetées se trouvaient les plaques très ramollies et réduites en volume. Lavage de l'estomac à répétition, mais les vomissements persistent jusqu'à la mort du malade, trois semaines après l'opération.

Autopsie. — Incision abdominale complètement cicatrisée, adhérences épiploïques, stomacales et intestinales à l'incision abdominale. Anastomose parfaite à huit pieds au-dessous du pylore. Distension énorme de l'intestin entre le pylore et l'anastomose, l'ouverture laissant entrer deux doigts n'explique pas la distension. L'orifice pylorique laisse entrer le bout de l'index. Impossible de forcer du liquide de l'estomac dans l'intestin au-dessous de la nouvelle ouverture et une injection

faite par le duodenum donne le même résultat négatif. Un examen précis faisait constater qu'au niveau de l'anastomose une flexion de l'intestin s'était produite, probablement à cause de la longueur excessive de l'intestin éliminé par l'anastomose. Résultat de la flexion, une adhérence large de 10 centimètres s'était produite entre les deux anses intestinales (canon de fusil), avec formation d'un éperon en face de l'ouverture stomacale et cet éperon faisant valvule suffisait à fermer la partie terminale de l'intestin, lorsqu'on injectait de l'eau par l'estomac ou par le duodenum. Ce cas m'a appris le danger de suivre l'avis de Luecke et autres, à saisir la première anse qui se présente, et le cas rapporté par Lauenstein où l'autopsie révélait une anastomose à ouverture près de la région iléo-cœcale confirme la nécessité de suivre l'avis de Hahn et chercher toujours le duodenum.

Observation 35.

Malade âgé de 43 ans, s'est plaint de troubles stomacaux depuis un an. Pendant les deux derniers mois des vomissements rebelles une heure ou deux après les repas. Tumeur grosse comme un poing d'enfant, mobile, amaigrissement et anémie marquée, infection glandulaire en arrière de l'estomac. Anastomose juste au-dessous du duodenum. Très peu de douleur et aucun autre symptôme avant le dixième jour. Ce jour-là plusieurs vomissements, deux lavages de l'estomac à quatre heures d'intervalle et pas d'alimentation stomacale. Pas d'autre vomissement et après deux jours, nouvelle alimentation liquide. Quinze jours après, il peut digérer toute espèce d'aliments solides sans aucun trouble. Le treizième jour, on trouve des morceaux des plaques dans les selles. Le malade s'engraissait, et quatre semaines après l'opération avait une apparence beaucoup mieux qu'avant l'opération. Quatre mois après, le malade est mort dans le marasme.

Observation 36.

M. S..., allemand, homme de peine, âgé de 38 ans, entrait à Milwaukee-Hospital le 9 décembre 1888. Pas d'antécédents

de cancer dans sa famille. Au mois de juin dernier (1888), le malade, pour la première fois, éprouvait des malaises à l'estomac, quelques heures après les repas, suivis quelquefois d'attaques de vomissements, qui revenaient à intervalles de plusieurs jours, et donnaient toujours un soulagement temporaire. Avec les progrès de la maladie, la quantité de liquide rendue devint de plus en plus abondante, par suite de la dilatation de l'estomac, et ces matières contenaient toujours des morceaux d'aliments pris plusieurs jours auparavant. Les vomissements devinrent de plus en plus fréquents et la digestion gastrique de plus en plus affaiblie. Depuis deux mois l'amaigrissement progressif a commencé et le malade a perdu trente-cinq livres de son poids. La douleur est d'un caractère intermittent, quelquefois très forte. A son entrée le malade, très émacié, peau sèche d'une couleur presque bronzée. On trouve facilement un peu au-dessous du siège normal du pylore, une tumeur bien définie, mobile, montant et descendant avec les mouvements respiratoires. L'irrigation et l'insufflation indiquent la dilatation de l'estomac, et par le siphon, on retire de l'estomac une grande quantité d'aliments en partie digérés. L'état du malade devient de plus en plus insupportable; le traitement se montrant inefficace, il réclame le bénéfice d'une opération.

Vu la diminution rapide de ses forces pendant la dernière quinzaine et l'état manifeste d'anémie, je craignais la destruction complète du pylore par la maladie et son extension aux organes voisins.

On fit une gastro-entérostomie le 16 décembre 1888. Avant l'opération, une piqûre d'atropine fut faite et en même temps on lui administrait un lavement alcoolisé chaud.

A l'ouverture de l'abdomen, l'estomac dilaté se présentait dans la plaie; en le repoussant de côté gauche, on pouvait inspecter et palper la portion pylorique. On trouvait un carcinome du pylore s'étendant sur la moitié de la surface antérieure de l'estomac, la maladie ayant fait de plus rapides progrès qu'on aurait cru par l'examen externe avant d'ouvrir l'abdomen.

L'exploration manuelle révéla l'extension soupçonnée de la tumeur de la paroi postérieure de l'estomac à la tête du pancréas avec des ganglions lymphatiques nombreux et cancéreux en arrière de l'estomac et du grand épiploon. Par suite de l'infiltration étendue de la paroi antérieure de l'estomac, on fut forcé d'aboucher l'intestin avec l'estomac plus près de l'orifice cardiaque que pylorique de l'estomac. La partie de l'intestin choisie fut l'union du jejunum avec le duodenum. Durée de l'opération, *trente* minutes.

Le malade s'est remis assez bien des effets immédiats de l'opération. Deux vomissements le soir. Pouls et température normaux le jour suivant. Le deuxième jour, un peu de tympanisme s'est développé et le malade se plaint de douleurs, à l'endroit de l'opération. On ne donne que des lavements pour le nourrir et le stimuler. Malgré la température normale jusqu'au cinquième jour, le tympanisme et la douleur restent notables, le pouls devint plus faible et plus fréquent. La coloration bronzée de la peau marquée avant l'opération, s'accentue chaque jour.

Le matin du cinquième jour, le thermomètre marquait 36° sous la langue, mais le soir, la température montait à 38°3, le matin suivant à 40°, et à midi le malade mourut.

Autopsie. Révélait une petite perforation au niveau du bord supérieur des plaques, qui, employées sèches, furent trouvées ramollies, épaissies et en place. Les adhérences entre l'estomac et l'intestin fermes, péritonite localisée à la portion supérieure de l'abdomen. Presque toute la moitié pylorique de l'estomac comprise par le carcinome.

Occlusion pylorique à peu près complète. Pancréas très infiltré. On n'avait employé que peu de sutures complémentaires et il se peut que les attaques de vomissements qui suivirent l'opération avaient causé cette petite solution de continuité de l'anastomose, péritonite et mort.

Observation 37.

Fermier, âgé de 69 ans, entrait à Milwaukee-Hospital le 28 mars 1889; aucun antécédent cancéreux ou tuberculeux

dans sa famille. Très travailleur, il jouissait d'une bonne santé jusqu'en mars 1882, lorsqu'il eut une attaque de dyspnée attribuée à la dégénérescence graisseuse du cœur. Le mois suivant, une attaque semblable et cette fois-ci attribuée à la dyspepsie. Depuis il a eu de temps en temps une sensation de poids ou de plénitude de l'estomac quelques heures après les repas. En janvier 1889, il s'est aperçu pour la première fois d'une tumeur dans la région de l'estomac, en même temps sa digestion devint si altérée qu'il ne pouvait manger et retenir qu'une alimentation très légère. Sa santé générale manquait rapidement et à son entrée à l'hôpital son poids était tombé de 150 livres à 115. Pour les dix derniers jours on fut forcé de suspendre presque complètement toute alimentation stomacale à cause des douleurs et des malaises conséquents dus à l'ingestion d'un aliment le plus simple. Malade très anémique, œdème aux deux chevilles, pouls 80-90 par minute, très mou et dépressible. Tumeur dans la région pylorique grosse comme une orange, mobile. Après l'inflation on peut voir la grande courbure de l'estomac et la sentir à cinq centimètres au dessous de l'ombilic pendant que la tumeur ne change pas de position relative sur la paroi abdominale antérieure. Malgré le résultat peu encourageant qu'on faisait prévoir au malade et à ses amis, à cause du mauvais état dans lequel il se présentait à l'opération, on a cédé à sa demande, et le 31 mars 1889, après des préparations particulières en vue d'un collapsus, on fit l'opération d'une gastro-entérostomie. Atropine et lavement alcoolisé furent donnés comme pour le cas précédent.

Abdomen ouvert sur la ligne médiane, et par la rétraction du bord de la plaie à droite, on amenait de suite dans l'incision le pylore carcinomateux, la maladie avait passé la tunique séreuse et on pouvait voir et sentir des masses fongueuses espacées en plusieurs points. Adhérence entre le néoplasme et la face inférieure du foie, la tête du pancréas semblait être incorporée dans la masse cancéreuse. La maladie intéressait dix centimètres de l'extrémité pylorique de l'estomac. Ganglions carcinomateux nombreux dans le

grand épiploon et en arrière de l'estomac, orifice anastomotique de l'estomac, à cinq centimètres du bord de la tumeur, près de la grande courbure, et on fit l'anastomose avec une anse intestinale à un mètre au-dessous du pylore, à l'aide des larges plaques molles. Scarification des surfaces séreuses des sutures complémentaires postérieures et sur le bord antérieur des plaques. Malgré que la durée de l'opération n'était pas de trente minutes, l'état du malade devint très critique, pouls à peine perceptible, sueurs profuses et froides, dilatation énorme des pupilles ; grâce aux stimulants administrés par voie hypodermique et rectale et l'application externe de la chaleur, le pouls s'améliorait temporairement, mais un deuxième collapsus survint et amenait la mort du malade deux heures après l'opération.

Observation 38.

Homme de peine, Allemand, âgé de 32 ans, entré à Milwaukee-Hospital, le 8 avril 1889. Sa digestion, fut bonne jusqu'il y a neuf mois. Il commençait par des douleurs à la région stomacale, particulièrement une ou deux heures après un repas copieux. Trois mois après, on découvrit une grosseur un peu à gauche de la ligne médiane et un peu au-dessus du niveau de l'ombilic. A ce moment, les vomissements sont apparus à plusieurs jours d'intervalle, et le malade dit que les matières rendues avaient quelquefois l'apparence du marc de café. Pendant les trois derniers mois, l'amaigrissement fait des progrès alarmants par sa rapidité. A son entrée, on trouvait la tumeur à l'union des régions hypocondrique et épigastrique gauche, à cinq centimètres au-dessus de l'ombilic. On pouvait déplacer la tumeur latéralement et elle montait et s'abaissait synchrone avec les mouvements respiratoires. Malgré que la tumeur paraissait intéresser la portion cardiaque de l'estomac, les symptômes cliniques indiquaient l'occlusion pathologique du pylore. Par l'insufflation, sa localisation définitive fut démontrée. Pendant l'inflation, la tumeur se déplacait, et à la dilatation complète, on pouvait la décrire

par le palper et la percussion à un point un peu au-dessous de la position normale du pylore, la grande courbure de l'estomac distinctement perceptible à huit centimètres au-dessous du niveau de l'ombilic. C'était évident que l'organe avait pris une position verticale à cause de l'occlusion pylorique de longue date et la dilatation énorme consécutive. Pendant le traitement préparatif, il fut reconnu que le carcinome avait ulcéré, à cause des traces de sang trouvées dans le liquide retiré de l'estomac.

Gastro-entérostomie à l'aide des plaques d'os décalcifiées molles, le 10 avril 1889. La tumeur occupait la région pylorique empiétant de plusieurs pouces sur la paroi de l'estomac. Malgré le volume assez large — d'un poing d'adulte — de la tumeur, elle restait complètement mobile sans aucune adhérence avec les organes voisins, mais les ganglions lymphatiques derrière la tumeur et dans le grand épiploon furent infiltrés.

A cause de l'étendue de la tumeur, l'ouverture anastomotique fut faite de nécessité plus près de l'orifice cardiaque que pylorique. On choisissait une anse de jejunum à 30 centimètres au-dessous de son union avec le duodenum. Sutures superficielles autour du bord des plaques. Pas de symptômes anormaux après l'opération. Alimentation stomacale résumée le quatrième jour. La plaque intestinale en partie digérée mais son contour intact fut passé par le rectum le dixième jour, à la fin de la première semaine le malade montrait un fort appétit, mangeait et digérait une alimentation abondante, gagnait rapidement des forces et changeait d'aspect d'une façon remarquable, action intestinale normale. Réunion de la plaie externe complète par première intention. Le soir du quatorzième jour après l'opération, le malade s'est plaint de nausées et d'une sensation d'engorgement de l'estomac. Il devint subitement anémique et mourut en quelques heures. Malgré que l'autopsie fût impossible, les symptômes ne laissent aucun doute que la mort fut causée directement par une hémorrhagie profuse de l'ulcération carcinomateuse dans l'estomac.

La terminaison fatale rapide et la constatation par la percussion d'une matité absolue à la région stomacale immédiatement après que le malade s'est plaint de nausées, confirment la supposition d'hémorrhagie subite.

Observation 39.

Femme d'un brasseur, âgée de 45 ans, allemande, sans antécédents cancéreux dans sa famille, d'une bonne santé générale, a souffert depuis un an de troubles de digestion gastrique. Pendant ce temps elle a perdu plus de cinquante livres de son poids. Depuis trois mois sont apparus des vomissements abondants à plusieurs jours d'intervalle. Pas de sang dans les matières rendues. Après un examen le 22 février 1890, je conseillais une gastro-entérostomie à cause des symptômes qui indiquaient nettement une occlusion presque complète de l'orifice pylorique de l'estomac. On trouvait près de la ligne médiane, un peu au-dessus de l'ombilic, une tumeur bien définie facile à déplacer latéralement mais retournant toujours à sa place primitive. L'irrigation démontrait une grande dilatation de l'estomac, et l'insufflation déterminait la localisation de la tumeur à l'extrémité pylorique, on diagnostiquait l'existence d'ulcération par un examen microscopique du contenu de l'estomac qui y décelait des globules sanguins nombreux, non altérés par la sécrétion gastrique.

A ce moment l'état général de la malade lui permettait de subir une opération, mais elle s'y refusait. Quatre semaines plus tard la malade est revenue, prête à subir tout traitement pouvant arrêter les progrès rapides de la maladie. Son état général avait beaucoup changé pendant ce mois. La digestion gastrique était presque complètement suspendue et il existait en plus un affaiblissement marqué et un marasme progressif. La tumeur avait augmenté notablement de volume, l'estomac plus dilaté, les vomissements plus espacés et d'une quantité relativement plus grande. Le seul espoir de la malade fut fixé sur l'opération et ses

demandes me décidaient, contre mon inclination, à faire une gastro-entérostomie.

Le 22 mars 1890, un lavage de l'estomac fut fait après l'anesthésie à cause du refus absolu de la malade, qu'on le fasse avant. La tumeur se présentait au milieu de l'incision médiane, aussitôt que l'abdomen fut ouvert, on trouvait la séreuse perforée en plusieurs endroits par les ulcérations du carcinome, et la partie de l'estomac comprise par le néoplasme était adhérente à divers organes — adhérences néoplasiques. — A la surface postérieure, la tumeur faisait union complète avec le pancréas, dont une grande partie paraissait prise par la maladie, ce qui rendait le déplacement de l'estomac, pour l'amener dans la plaie, pour traitement opératoire, une manœuvre difficile. A cause de l'étendue de la tumeur plus grande sur la grande que sur la petite courbure, on fit l'incision plus près de la petite courbure qu'ordinaire pour éviter toute proximité du carcinome. Ouverture de l'intestin au niveau de l'union du jejunum avec le duodenum et anastomose à l'aide de deux grandes plaques d'os décalcifiées et des sutures superficielles. Ces plaques étaient sèches et avaient été conservées dans cet état depuis longtemps.

Stimulants et alimentation administrés par voie rectale exclusivement. Aucun symptôme de choc post-opératoire, mais la malade faisait plusieurs efforts pour vomir avant d'être rétablie complètement de l'anesthésie. Le 24 mars, quarante heures après l'opération, les deux plaques maintenues par quatre fils furent rendues par vomissement. Ces plaques étaient ramollies et au moins deux fois plus épaisses qu'à l'état sec, quand on les avait appliquées; malgré la scarification abondante des séreuses et les sutures superficielles, je craignais une rupture complète des adhérences entre l'estomac et l'intestin, causée par l'attaque de vomissements qui avait amené les plaques en dehors et je craignais que la malade contracte une péritonite par perforation, mais je fus très étonné le jour suivant de trouver l'état général de la malade beaucoup mieux et on commençait une alimentation liquide par voie stomacale, la malade retenait

et digérait sans difficulté et gagnait rapidement des forces.

Le 26 mars, elle fut prise d'une pneumonie croupale typique du lobe inférieur du poumon gauche, et succombait le 3 avril, sept jours après son premier frisson. Réunion de la plaie abdominale par première intention, les intestins réagissaient à l'administration des carthartiques légers et après l'élimination des plaques, tous symptômes d'occlusion avaient disparu. On doit dire que l'opération avait été faite au moment de l'épidémie de grippe qui affectait un grand nombre des malades de l'hôpital. Cette expérience avec les plaques m'a conseillé d'abandonner l'emploi de toute matière hygroscopique pour les plaques.

Observation 40.

Malade, âgé de 71 ans; antécédents héréditaires bons, consulta son médecin, le 11 août 1889, pour de fortes douleurs à l'épigastre et sensation de faiblesse dans le dos, plénitude de l'estomac après les repas et des éructations de gaz. A cet époque, il était bien nourri, poids 160 livres, teint rouge, pouls, respiration et température normaux.

En l'absence des signes physiques, on le traitait pour un catarrhe gastrique causé par sténose pylorique d'origine inconnue. Le 15 janvier 1890, on répétait l'examen du malade à cause des vomissements persistants, trois ou quatre heures après ses repas. S'il n'avait pas vomi pendant plusieurs jours, il rendait une quantité énorme d'une liquide aigre, brunâtre, contenant des morceaux d'aliments non digérés. Les vomissements accompagnés et précédés d'une sensation de chaleur et de brûlure au niveau du pharynx.

Le sommeil est bon quand les vomissements ne le dérangent pas. Le malade a perdu beaucoup de son poids; peau sèche et écailleuse; langue sèche et sale au milieu, mais à bords rouges et humides. Le pannicule adipeux abondant avait presque complètement disparu. Une tumeur grosse comme le poing d'un enfant était perceptible à droite de la ligne médiane, un peu au-dessous de la loge normale du pylore. Tumeur mobile pouvant être déplacée à gauche de la

ligne médiane. L'irrigation de l'estomac révélait une dilatation énorme et l'insufflation démontrait que la tumeur intéressait l'extrémité pylorique. La famille fut prévenue de la nature de l'affection, mais on dit au malade qu'il avait une occlusion du pylore qui nécessitait une opération pour le soulager. Le malade fut soumis au traitement préparatoire et on fit la gastro-entérostomie à Milwaukee Hospital, le 31 janvier 1890. On trouva que la maladie avait envahi huit centimètres de l'extrémité pylorique de l'estomac, et que les ganglions épiploïques et rétro-péritonéaux étaient très infiltrés. Les plaques d'os décalcifiées, larges et humides, furent employées, incision de l'estomac près de la grande courbure, à cinq centimètres du bord de la tumeur, incision de l'intestin et apposition à l'aide des plaques de la façon ordinaire, sutures superficielles

Malgré l'état anémique accentué du malade et l'amaigrissement marqué, l'opération ne fut suivie d'aucun choc ni d'autres symptômes, alimentation pàr l'estomac, le troisième jour, et à la fin de la semaine une alimentation solide, réunion de la plaie externe par première intention, ablation des sutures le neuvième jour. Les symptômes d'occlusion disparaissent après l'opération, et la digestion se faisait assez bien.

Le malade quittait l'hôpital le 13 février, dans un très bon état. Un mois plus tard, il disait avoir gagné huit livres de son poids et pouvoir manger toutes espèces d'aliments sans aucune douleur ou malaise après le repas. Il continuait de s'occuper de ses affaires, pendant huit ou neuf mois, aussi bien qu'un homme d'une santé parfaite. Une éventration s'est développée à la place de l'incision abdominale, mais ne lui causait pas de grands inconvénients. Le malade survécut à l'opération vingt mois. Il est mort dans le marasme. Pendant la dernière semaine, la digestion fut dérangée, et les symptômes d'occlusion sont réapparus sans être aussi douloureux qu'avant l'opération. On ne peut guère douter que le carcinome avait gagné le nouveau pylore et causé une occlusion partielle.

Observation 41.

Fermier, âgé de 37, entrait à Milwaukee-Hospital, le 27 décembre 1890. Depuis six ans, il souffre des attaques d'indigestion. Depuis deux mois, il a eu une forte douleur à l'estomac toujours aggravée après les repas, et n'est soulagé qu'en partie par vomissement. Pendant ce temps les vomissements sont venus régulièrement après avoir pris une nourriture solide. A cause de l'apparition des vomissements, quelques heures après les repas, on avait soupçonné une occlusion du pylore depuis quelque temps, mais l'âge du malade faisait croire qu'il s'agissait d'une affection non-maligne. Le malade perdait vingt livres dans l'espace de quelques semaines. L'examen révélait une tumeur, dure, irrégulière, à droite de la ligne médiane, à mi-chemin entre la crête iliaque et le rebord costal. La tumeur ne fut pas influencée par les mouvements respiratoires, et au palper, paraissait complètement fixée par des adhérences avee les organes voisins. L'inflation ne la changeait pas de place.

Pendant l'inflation on pouvait décrire l'aire tympanique s'étendant loin au-dessous du niveau de l'ombilic et à gauche de la tumeur. L'inspection et la palpation par une incision médiane faisaient voir un carcinome diffus du pylore, empiétant sur la paroi antérieure de l'estomac pour une étendue d'au moins dix centimètres, s'étendant aussi à la surface inférieure du foie et du pancréas. Il était évident que la tumeur avait gagné en arrière le tissu rétropéritonéal, car elle ne faisait qu'une masse commune avec les ganglions rétropéritonéaux et le pancréas. Des ganglions nombreux dans l'épiploon d'un volume variable entre un pois et une amande. En considérant le temps passé depuis la première apparence des symptômes d'occlusion, il était évident que la croissance de la tumeur avait été très rapide et l'engorgement ganglionnaire précoce avec l'extension aux organes et aux tissus voisins par contiguité. L'exploration digitale pratiquée au travers de l'incision stomacale faisait sentir une masse molle, cancéreuse, fermant presque complètement l'orifice pylo-

rique. On fit une gastro-entérostomie à l'aide des plaques d'os, larges et humides. Malgré le soin d'éviter toute manipulation inutile des organes et la terminaison de l'opération en moins d'une demi-heure, le choc fut profond, et malgré une stimulation active, le résultat fut fatal cinq heures après.

Autopsie. — On trouvait l'incision abdominale agglutinée, l'épiploon adhérent à la plaie. Malgré le lavage de l'estomac avant d'administrer l'anesthésique et son état vide au moment de l'incision, on y trouvait une grande quantité de liquide visqueux, retenu probablement à cause de la suspension complète de la contraction musculaire après l'opération, l'ouverture anastomotique patente laissant passer du liquide en grand jet. On ne pouvait forcer qu'un tout petit jet au travers le pylore, preuve que son orifice était à peu près oblitéré par les ulcérations du carcinome. *L'apposition des surfaces séreuses fut si parfaite qu'une pression considérable ne produisait aucune fuite.*

Presque la moitié de la portion pylorique de l'estomac était infiltrée. L'extension de la maladie aux organes avoisinants fut confirmée à l'autopsie.

Observation 42.

Allemand, fermier, âgé de 45 ans, entrait à Milwaukee-Hospital le 21 janvier 1891. L'oncle maternel mort d'un carcinome de l'estomac à l'âge de cinquante ans. Malade a toujours eu une forte santé jusqu'il y a six mois, quand, à plusieurs jours d'intervalle, il commençait à vomir vers minuit. Un mois plus tard une douleur brûlante est apparue à l'épigastre avec irradiation vers le côté droit, toujours soulagée par un vomissement. Les vomissements devenaient plus fréquents et la quantité de liquide rendue plus grande avec l'avance du temps. Pendant les dernières semaines les aliments les plus simples restaient non digérés dans l'estomac et on pouvait les reconnaître dans les grandes quantités de liquides visqueux et noirâtres rendues journellement par vomissements. Depuis quelques semaines le malade a perdu trente-cinq livres de son poids, Le lavage de l'estomac

donne toujours un soulagement temporaire. L'état anémique du malade marqué, apparence de cachexie notable. On ne peut sentir aucune tumeur dans la région pylorique ni avant ni après l'insufflation qui néanmoins révèle une dilatation stomacale énorme. L'histoire du malade et les symptômes prédominants indiquent nettement l'existence d'une sténose du pylore. L'état général, l'accentuation rapide de la sténose ne laissent que peu de doutes sur la nature maligne de l'occlusion.

Le malade insiste, à cette période, afin d'obtenir le bénéfice douteux d'une intervention chirurgicale, et sur sa demande on lui fit une gastro-entérostomie le jour de son entrée à l'hôpital. On employait les larges plaques humides et on fit l'anastomose d'une anse intestinale un mètre au-dessous du pylore, avec l'estomac. On ne trouvait pas de tumeur circonscrite, mais une infiltration diffuse et épaississement de la paroi de plusieurs pouces de l'extrémité pylorique de l'estomac. Il y avait aussi une infiltration diffuse vers le duodénum et même la paroi stomacale non affectée et très dilatée semblait œdémateuse, il y avait des ganglions nombreux derrière la tumeur et dans le grand épiploon d'une grosseur variable. A la fin de l'opération, moins d'une demi-heure de durée, des symptômes du choc sont apparus, mais le malade s'est remis après l'administration des stimulants et l'application externe de la chaleur. Pas de symptômes anormaux après le rétablissement du malade de l'opération. Pas de vomissements, évacuation intestinale libre le deuxième jour. Le quatrième jour on recommençait l'alimentation stomacale et les aliments administrés ne causaient aucun malaise.

Ablation des sutures le neuvième jour et on constate la guérison de la plaie. L'état du malade semblait s'améliorer pendant huit jours quand, malgré l'alimentation abondante et simple qu'il retenait et digérait, ses forces diminuent petit à petit et il meurt d'épuisement simple le 8 février, dix-huit jours après l'opération. Il est évident que l'opération est un succès chirurgical, mais arrivée trop tard pour prolonger de beaucoup la vie du malade.

Observation 43.

Homme de peine, âgé de 35 ans, vient à Milwaukee-Hospital, le 28 Mars 1891, pour un carcinome avancé de l'estomac, demandant un traitement chirurgical. Sa santé a toujours été bonne jusqu'à il y a neuf mois, quand il commençait de sentir une lourdeur et une oppression à l'estomac quelques heures après ses repas, suivis d'une douleur augmentant particulièrement vers le soir, et ne soulagée qu'en partie par un vomissement. Les vomissements survenaient régulièrement tous les deux ou trois jours. La détresse gastrique et les vomissements augmentaient graduellement d'intensité et de fréquence et le malade maigrit rapidement. Actuellement il ne peut ni retenir ni digérer aucun aliment solide et à cause d'une nutrition défective depuis longtemps, il a une apparence de cachexie excessive. On trouve facilement à la région pylorique une tumeur ronde, lisse et dure, qu'on reconnaît être un carcinome du pylore,

La durée très courte de la maladie et la mobilité de la tumeur laissaient espérer qu'on pourrait faire une pylorectomie et tout fut préparé pour cette opération le 30 mars 1891.

A l'ouverture de l'abdomen on trouvait la tumeur libre et limitée à l'organe affecté, mais l'examen de l'espace derrière la tumeur laissait voir des ganglions nombreux et engorgés, ce qui me déterminait d'abandonner mon intention d'enlever le pylore carcinomateux, en substituant une gastro-entérostomie pour cette opération. L'opération fut complète en vingt-cinq minutes, Le malade s'est remis de l'opération sans aucuns symptômes anormaux et après le quatrième jour on commençait l'alimentation stomacale, la digestion gastrique se faisait d'une façon satisfaisante. L'incision externe fut guérie par première intention, sutures enlevées le neuvième jour et le malade quittait l'hôpital au bout de quinze jours J'ai appris qu'il avait survécu trois mois à l'opération et il est mort dans le marasme. L'ouverture anastomotique était restée patente.

Observation 44.

Malade, âgé de 44 ans, Allemand, charpentier, fut adressé à la clinique chirurgicale de Rush-Medical-College pour un diagnostique et consultation à propos d'une affection chronique de l'estomac, six semaines avant l'opération. Il déclarait que depuis quelques années il était sujet aux attaques fréquentes d'indigestion et ne pouvait pas manger d'aliment lourd sans avoir une attaque.

Depuis un an, ces troubles gastriques devenaient plus intenses et revenaient à intervalles plus courts, Il y a trois mois, il commençait pour la première fois de vomir journellement quelques heures après le repas principal, et ce symptôme continuait depuis à intervalles réguliers. Pendant ce temps il avait perdu du poids et de la force et au premier examen il présentait déjà une apparence décidément cachectique. A la région normale du pylore, un peu plus bas, on sentait distinctement une tumeur dure et nodulaire. L'irrigation et l'insufflation de l'estomac le faisaient voir manifestement dilaté. Pendant l'insufflation on pouvait décrire la grande courbure de l'estomac à peu près dix centimètres au-dessous de l'ombilic, en même temps que la tumeur est forcée un peu à droite, sans avoir changé de position relative à la paroi antérieure de l'abdomen. On diagnostiquait un carcinome du pylore, occlusion consécutive et dilatation de l'estomac.

A cette époque la digestion gastrique était presque suspendue et l'état de débilité du malade faisait conseiller une gastro-entérostomie : cinq semaines plus tard, le malade se présentait à la Clinique et demandait une opération, mais pendant ce temps il était réduit à l'état de squelette, les yeux enfoncés, cornée sans lustre, peau plissée, teinte d'un bronze foncé, œdème aux chevilles. La tumeur avait augmenté de volume et la dilatation de l'estomac était telle que l'organe ne pouvait plus se vider de son contenu par vomissement.

La grande courbure atteignait à peu près le pubis. A l'aide d'un tube élastique en siphon, on évacuait une grande quantité d'un liquide visqueux et noirâtre qui le

soulageait temporairement. L'extension rapide de la maladie locale et l'état général critique du malade me faisaient déconseiller l'opération, car j'étais presque certain que le malade ne pouvait pas survivre à l'anesthésique et au choc, même d'une opération de très courte durée. Mais le malade insistait pour avoir une opération à tout prix, avec des demandes telles qu'on ne peut pas résister, et il fut opéré le 21 août 1891. Deux jours avant l'opération on lui lave l'estomac deux fois par jour en soutenant ses forces par alimentation rectale, lait peptonisé, extrait de viande et des œufs préparés avec du chlorure de sodium. On donnait un lavement alcoolisé et une injection hypodermique pour le garder contre le choc avant et après l'opération.

A cause de la faiblesse du cœur, l'éther fut préféré pour anesthésique. Le carcinome s'étendait du pylore à l'union du tiers externe avec le tiers moyen de l'estomac. La tumeur fut complètement immobilisée par adhérences néoplasiques avec les organes avoisinants, les ganglions épiploïques et rétro-péritonéaux très infiltrés. On incisait l'estomac près de son centre et l'unissait avec une incision semblable du petit intestin au point d'union du jejunum avec le duodenum, à l'aide des larges plaques d'os décalcifiées, scarification des séreuses et sutures complémentaires autour des bords des plaques. L'opération ne durait pas une demi-heure, mais vers la fin, le pouls du malade devenait très rapide et faible, froideur des extrémités, dilatation énorme de la pupille ; malgré une stimulation active sous-cutanée, des injections rectales et l'application externe de la chaleur, le malade ne réagissait pas des effets immédiats de l'opération et mourut huit heures après.

Observation 45 (Stamm).

Mme M., âgée de 63 ans, a senti quelques douleurs à la région épigastrique gauche depuis le commencement de mars 1889. Le 6 juillet, la malade me consultait pour la première fois et déclarait que trois semaines avant, elle s'est

aperçue d'une tumeur dure dans la région de l'estomac. Elle se plaint de perte d'appétit, des forces, du poids et des éructations acides. Son poids avait diminué de 197 livres en février à 140 livres actuellement, et son apparence est très cachectique. A l'examen, on trouvait à la région épisgastrique, à moitié de la distance entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, une tumeur dure et nodulaire, avec une aire de matité grosse comme les deux mains, la tumeur ne paraissait pas mobile. Le 9 juillet, une consultation eut lieu avec le Dr Gessner. Après l'inflation de l'estomac avec de l'acide carbonique gazeux, le tympanisme s'étendait à cinq centimètres au-dessous de l'ombilic, la tumeur n'étant pas déplacée on diagnostiquait un carcinome du pylore, la malade refusait l'opération que l'auteur même ne conseillait pas. Mais en août, l'opération fut demandée par la malade et faite le 22 août 1889. Lavage de l'estomac le 20 août, répétée le soir avant l'opération. On permettait à la malade de boire une tasse de café noir à 4 heures du matin, du 22, avec l'intention de faire un autre lavage de l'estomac avant l'opération, mais on ne put le faire, rapport aux objections de la malade. Incision sur la ligne médiane, l'estomac facilement accessible, le cancer était localisé sur la petite courbure, faisant masse commune et dure avec le pylore, adhérent au foie et au pancréas. On trouvait des nodules nombreux, dans le foie et aussi dans la paroi antérieure de l'estomac. Suivant l'intestin jusqu'au point où le mésentère semblait se raccourcir, on isolait cette partie de l'intestin par deux ligatures avec des bandes élastiques, maintenus par des pinces à forcipressure. Incision longue de trois centimètres sur le bord convexe de l'intestin par laquelle on introduisait la plaque d'os décalcifiée, après avoir percé l'intestin par les deux sutures latérales, on les confiait à l'assistant. Incision de l'estomac au milieu de la grande courbure à 2 centimètres et demi de l'insertion de l'épiploon. On trouvait tout le café noir pris par la malade sept heures auparavant encore dans l'estomac, qu'on vidait à l'aide d'une seringue ; pour l'estomac, on employait une plaque d'os non décalcifiés, on

apposait les plaques et nouait les fils. Par peur attribuable à un premier essai, on fit quinze sutures complémentaires.

La malade s'est bien remise de l'opération sans aucun symptôme de collapsus, quelques régurgitations de café noir pendant les premières vingt-quatre heures. Le jour suivant, lavage de l'estomac après un badigeonnage du pharynx avec la cocaïne à 3 %. La malade se trouvait complètement soulagée et en très bon état. La température n'a jamais surpassé 37°5. Evacuation intestinale le troisième jour à la suite d'un lavement. Des lavements de cognac et de lait peptonisé furent administrés pendant les trois premiers jours, quand la malade commençait à s'alimenter par la bouche, selles tous les matins pendant les premières cinq semaines. Son état fut très satisfaisant pour quatre semaines, malgré la croissance rapide de la tumeur. Au bout d'un mois elle vomissait de temps en temps des mucosités, elle continuait de se nourrir jusqu'à la fin de la cinquième semaine, nourriture presque exclusive de vin et d'eau et mourut dans le marasme progressif le 4 octobre, sans avoir souffert d'aucune façon.

Autopsie le 5 octobre. — L'estomac, le foie et le pancréas presque totalement dégénérés, les parties anastomosées légèrement adhérentes à l'incision abdominale, l'ouverture artificielle laissait facilement pénétrer l'index, la portion de l'intestin anastamosée fut trouvée être la partie supérieure de l'iléon, on trouvait la plaque d'os libre dans l'estomac, mais la plaque d'os décalcifiée s'était sans doute absorbée dans l'intestin, car on ne put la retrouver et elle n'avait pas été évacué dans les selles. Un calcul énorme dans la vésicule biliaire qui n'avait jamais causé aucun symptôme.

Observation 46 (Stansfield).

W. G., âgé de 53 ans, ouvrier, entrait le 4 décembre 1889. Il se plaignait d'une douleur à peu près constante, augmentée par aliments solides ou liquides. Il ne localise pas exactement sa douleur, mais tirant sa main au travers de l'épigastre, dit : « c'est là ». Il vomit rarement, mais

craignant l'alimentation, se trouve actuellement très amaigri. Si on pouvait attacher de l'importance à la cachexie, il était certainement en proie à de la cachexie cancéreuse. Malade depuis plusieurs mois, sa vie était devenue si misérable qu'il demandait n'importe quelle intervention pouvant lui donner un soulagement. A l'examen on trouvait une tumeur, mal-définie, à droite et un peu au-dessus de l'ombilic. Le 16 décembre, malade, chloroformé, incision longue de huit centimètres sur la ligne médiane à partir de l'appendice xyphoïde, le colon repoussé de côté on trouvait dans la partie supérieure de la région lombaire, une masse plus ou moins globulaire, d'un diamètre de 10 centimètres, incision agrandie de trois centimètres pour faciliter l'examen ; on voyait que la troisième partie du duodénum était prise, adhérences si étendues qu'on ne pouvait penser à aucune ablation. Sur l'hypothèse que la douleur était causée par le passage forcé des aliments à travers un canal presque complètement bouché, on se décidait à faire une communication entre l'estomac et le jejunum pour soulager ce symptôme. Communication faite par la méthode de Senn sans aucune suture de Lembert, à part une pour fermer l'incision de l'estomac qu'on avait fait trop longue par accident. Fermeture de la paroi par des sutures profondes et superficielles. Il n'y avait aucune hémorrhagie. Antiseptiques ne furent par employés. Opération complétée dans une demi-heure. Malade très abattu vers la fin, nécessitant l'administration d'une injection hypodermique d'éther.

Pour éviter tout dérangement, on le laissait sur la table d'opération deux heures avant de le coucher dans son lit. Lavements d'extrait de viande toutes les trois heures avec une potion de sirop de morphine. Il vomissait quatre fois, très gêné par des hoquets. Suppression de la morphine au bout des premières vingt-quatre heures. Progrès non interrompus. Extrait de viande par la bouche le quatrième jour, le sixième jour du pain trempé dans du lait à la demande du malade. Premier pansement le dixième jour, réunion complète par première intention. Il se levait le vingt-quatrième jour. Pesé

le trente-troisième jour, il avait gagné deux livres depuis l'opération. Température n'a jamais passé la normale. On n'a jamais vu traces des plaques. Actuellement, le malade n'a aucune douleur et mange tous les aliments en grande quantité (Note page 1300).

L'amélioration, dans ce cas, continuait pendant deux mois après l'opération, lorsque le malade se plaignait d'une douleur constante, cessait de se nourrir, température fluctuante, il devenait de plus en plus faible et mourut le 24 avril, quatre mois après l'opération.

Autopsie 24 heures après la mort. Jejunum complètement adhérent à l'estomac, mais l'ouverture de l'estomac dans le jejunum complètement fermée : à l'œil nu, la seule trace de l'endroit de l'incision était les fils de soie non altérés, dont les extrémités pendaient, libres, dans l'estomac. Aucune trace des plaques. L'eau injectée par le pylore traversait librement l'intestin, la masse maligne, très ramollie, contenait à son centre une once de pus, le duodenum et le pancréas étaient pris. Espacées dans la foie, se trouvaient des nombreuses tumeurs arrondies, blanches, ramollies au centre, de volume variable. Rein droit sain. Rein gauche, capsule adhérente au pelvis, contenant du pus en petite quantité. Les piéces sont conservées au Museum of University College, Liverpool. Les points à noter sont la fermeture de l'orifice au moment où le malade déclarait se sentir amélioré, aussi la présence des fils de soie, quatre mois après l'opération, sans aucune altération, ce qui indique la nécessité indiquée par Jessett de l'emploi, à l'avenir, des fils de matériel moins permanent.

Observation 47 (Taylor)

N. G., mineur, âgé de 56 ans, entrait à l'hôpital le 26 septembre 1890. Depuis six mois il a eu des troubles digestifs, douleurs après les repas, vomissements de temps en temps, état de plus en plus grave, amaigrissement progressif. Il y a neuf mois le malade pesait 136 livres, six semaines avant son entrée 122 livres, et au moment de son entrée 117 livres. Homme de petite taille, teint mat, très maigre. Il mange

avec appétit, mais il a une douleur sourde généralisée dans l'abdomen, et il vomit une fois par jour, quelquefois plus souvent et quelquefois pouvant aller deux jours sans vomir ; il rend ordinairement un litre à un litre et demi de matière liquide et mousseuse dans laquelle on trouve des sarcini. A l'examen de l'abdomen on trouve une tumeur ayant la forme de boudin, grosse comme un œuf de poule, dans les régions ombilicales et hypochondriques droites, légèrement mobile ; la plupart du côté gauche de l'abdomen est saillant, cette saillie s'étendant à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis en bas, traverse la ligne médiane à droite avec un bord inférieur courbé qui amène juste à la tumeur droite. On trouve à la percussion la note stomacale pour toute cette partie proéminente, et par des secousses on obtient le bruit du flot. On diagnostique cancer du pylore, dilatation énorme de l'estomac. Lavage de l'estomac à l'eau tiède une fois par jour ; pendant huit jours le malade perd 14 livres de son poids, ne pesant que 100 livres. Opération le 26 octobre 1890, gastro-entérostomie par les plaques de Senn après un lavage de l'estomac à l'eau tiède et l'administration d'un lavement alcoolisé, rien de particulier à noter pour l'opération, autre qu'on préférait les doigts d'un aide pour comprimer l'intestin, et un peu de difficulté à nouer les deux fils inférieurs. Quelques sutures complémentaires, anesthésie mal supportée, l'état du malade nécessitait plusieurs injections hypodermiques de cognac pendant l'opération qui durait 35 minutes. Etat critique après l'opération. Le jour suivant trois vomissements de sang noir et d'une odeur fécaloïde. Pendant deux jours lavements avec du lait pancréatinisé, du cognac et un œuf. Lavement d'eau tiède tous les matins. Le malade les retenait bien, le deuxième jour il prenait du lait et de l'eau par cuillerées et en lavements ; troisième jour, de l'extrait de viande en petites quantités. Le neuvième jour, alimentation par la bouche exclusivement. Ablation des sutures le sixième jour, à part une suture secondaire nécessitée par la rétraction de la peau de la plaie abdominale, le malade s'est guéri sans incident.

Le treizième jour il prenait de la viande et du gâteau de riz, se levait la troisième semaine et à ce moment avait gagné cinq livres et demie, il continuait de gagner du poids et quittait l'hôpital au bout de six semaines.

Observation 48 (von Baracz.)

Jan Lewicki, architecte, âgé de 60 ans, toujours de bonne santé, se plaint depuis huit mois de troubles gastriques, nausées, vomissements, « marc de café, » ordinairement une demi-heure après les repas, constipation ; à cette époque le malade remarquait une tumeur au voisinage de l'ombilic, matières fécales noirâtres. A l'examen, le 7 mai 1892, on notait une anémie marquée, figure pâle, apparence du corps assez bien, néanmoins, un peu d'amaigrissement, ventre en bateau, l'estomac trés dilaté ; au palper on constate une tumeur assez grosse à l'hypochondre droit, dure, se prolongeant un peu à gauche, parallèle à l'estomac. Ganglions inguinaux, supra claviculaires et mésentériques ne sont pas hypertrophiés. Aucune altération du pouls, des valvules, ni des poumons. Lavage de l'estomac avec la solution boriquée tiède le soir avant l'opération ; le 7 mai 1892, incision sur la ligne médiane longue de huit centimètres commençant à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic pour descendre à une distance de trois travers de doigts au-dessous. La main introduite dans l'abdomen trouvait que la tumeur, complètement immobile, avait envahi non-seulement le pylore mais aussi une partie considérable de la paroi postérieure de l'estomac, tumeur très dure et grosse comme un œuf d'oie. Repoussant le grand épiploon et le colon transverse, on déchirait le mésocolon pour aller à la recherche du duodenum et le jejunum à son origine, de ce dernier on tirait une anse de cinquante centimètres pour l'anastomose avec l'estomac. Incision à cinq centimètres de la grande courbure sur la paroi antérieure de l'estomac, longue de trois centimètres, par laquelle on insérait une grosse plaque de navet dont les dimensions avaient 0,5 centimètres d'épaisseur, 7 cent. et demi de longueur,

3 cent. et demi de largeur ; ouverture centrale 3 cent. de longueur et trois-quarts de cent. de largeur. L'incision de l'estomac légèrement plus courte que la largeur de la plaque la laissait entrer par une pression douce. On fixait la plaque dans l'incision avec ses fils et suturait la muqueuse stomacale à la séreuse avec quelques points de catgut et passait les fils latéraux de la plaque à travers toutes les tuniques, alors on confiait les parties à l'aide, pendant qu'on incisait l'anse du jejunum sur le bord convexe, longue de trois centimètres, par laquelle l'autre plaque fut introduite et fixée.

Après scarification des surfaces séreuses, on fit l'approximation en nouant les fils latéraux et alors les fils terminaux repoussant leurs bouts coupés entre les plaques à l'aide d'un stylet, quelques sutures sero-séreuses complémentaires et réduction des parties dans l'abdomen qu'on fermait par des sutures profondes et superficielles. Durée de l'opération, trois quarts d'heure, choc très fort, injection hypodermique d'éther, lavements nutritifs, du vin, du lait, du bouillon, cognac trois fois par jour pendant cinq jours, de la glace pour contrôler la soif. Pas de fièvre, la température n'a jamais monté plus haut que 37°5. Pas de vomissements. Première selle deux jours après l'opération ; le 9 mai le malade prend des liquides par la bouche, le 13 mai il prend des aliments solides, ablation des sutures profondes, aujourd'hui on trouve dans une selle demi-liquide des morceaux de navet incomplètement digérés ; le 14 mai quelques morceaux de navet inaltérés. Le 20 mai, ablation des sutures superficielles de la plaie. Guérison sans autre incident.

Discussion

48 cas de gastro-entérostomie, 45 fois pour cancer du pylore; trois fois pour rétrécissement non malin de l'orifice pylorique. 15 femmes et 23 hommes, le plus jeune

âgé de 20 ans, le plus vieux de 71 ans, l'âge moyen 47 ans 1/2.

48 opérations par 25 chirurgiens donnent 12 morts entre 2 heures et 10 jours qui suivirent l'opération. Mortalité, 25 °/₀, qui correspond avec celle donnée par Von Baracz en 1892. Sur 41 cas opérés par la méthode de Senn, il trouve une mortalité de 24 1/2 °/₀. Discutons nos morts.

Cinq morts entre 2 et 25 heures, 1 mort de choc intense (obs. 41) ; 5 heures après l'opération, à l'autopsie on trouve l'anastomose parfaite et les adhérences si complètes qu'une pression hydraulique considérable ne produit aucune fuite. Les 4 autres morts rapides, 2, 8, 12 et 25 heures après l'opération, concernent les cas opérés « in extremis », l'état du malade désespéré. Obs. 12, 31, 37 et 44.

Cinq morts entre le 3me et le 6me jour qui suivaient l'opération. Obs. 5, l'autopsie révèle le bon état des parties et le chirurgien s'accuse d'avoir négligé d'alimenter son malade assez tôt, ce qui, croit-il, aurait pu lui sauver la vie. Obs. 14, 21, 28 et 32, l'état cachectique des opérés semblait les empêcher de bénéficier de l'opération, et ils succombent sans complication, une fois la température persistante au-dessous de la normale pour les 6 jours qui suivent l'opération. Les autopsies révèlent l'état parfait des organes abdominaux et de l'anastomose.

Reste deux morts de péritonite dont une appartient à Jessett, obs. 17. Le malade fut opéré dans une salle commune et mourut le dixième jour d'une péritonite septique d'origine externe au moment de l'opération. L'autopsie révèle l'état indemne de l'anastomose, et le chirurgien s'accuse d'être coupable de cette infection, ayant opéré, contrairement à ses habitudes, dans un endroit qui ne pouvait pas être aseptique.

La deuxième mort de péritonite appartient à Senn lui-même, obs. 36. Malade opéré le 16 décembre 1888, avant que l'auteur de la méthode ait perfectionné ses plaques. L'anastomose était faite à l'aide des plaques d'os décalcifiées

employées sèches. Le malade s'est remis de l'opération, sa température fut normale jusqu'au cinquième jour, quand elle montait le soir à 38°3, le matin après à 40° et le malade est mort à midi. A l'autopsie on trouve une petite perforation au niveau du bord supérieur des plaques très épaissies, péritonite localisée à la partie supérieure de l'abdomen. Cet accident révélait le danger d'employer les plaques sèches, et depuis l'auteur n'emploie que les plaques humides avec lesquelles on n'a jamais eu aucun accident.

En résumé, sur 48 opérations nous ne trouvons qu'une mort attribuable à une approximation insuffisante, et cette faute appartient à la période d'expérimentation avant la perfection de la méthode. Depuis le 1er janvier 1889, quarante-trois opérations faites par vingt-cinq chirurgiens, à l'aide des plaques absorbables et humides, n'ont donné aucun cas de mort par faute d'approximation, un résultat remarquable qu'on ne trouve pour aucune méthode de suture.

Admettons notre mortalité à 25 %, nous prendrons pour comparaison les statistiques de Billroth publiées en 1891, 28 cas de gastro-entérostomie par suture, donnant 14 morts opératoires ; mortalité, 50 %, le double de celle de la méthode de Senn. Von Hacker, en 1890, publie la statistique de 21 cas, 8 par méthode Wolfler (suture), 4 morts 4 vivants, 13 par méthode Von Hacker (suture), 6 morts 7 vivants, ce qui donne une mortalité de 47 % pour les 21 cas, presque la même que la mortalité de Billroth.

Résultats éloignés de l'opération.

36 opérés par la méthode de Senn = 75 % ont survécu, dont 12 sont notés bien portants à périodes diverses après l'opération, et nous n'avons aucune indication de leur mort.

Jessett nous écrit que la femme opérée par lui, le 12 avril 1890, est actuellement bien portante — quatre ans après. — L'opéré le plus âgé de la série (obs. 40) a survécu 20 mois. 24 malades, dont la survie est notée, donnent une moyenne

de quatre mois. 8 de ces 24 malades sont morts de complications particulières.

Un (obs. 22) est mort d'une syncope le huitième jour. L'autopsie fait voir l'état parfait des parties, aucune lésion pouvant expliquer la mort. Un autre (obs. 38) est mort d'une hémorrhagie du néoplasme, le 14e jour. Deux sont morts de pneumonie aiguë (obs. 4 à six semaines, obs. 39, au bout de douze jours). Un 3e (obs. 6) est mort d'une congestion pulmonaire à la fin du premier mois.

Trois sont morts par insuffisance d'alimentation causée par l'obstruction plus ou moins complète du trajet digestif, un (obs. 34), au bout de trois semaines, à l'autopsie on trouvait l'anastomose parfaite, mais au lieu du jejunum on avait pris une anse de l'iléon très bas, réunie à l'estomac, la direction de l'action péristaltique opposée à celle de la contraction de l'estomac, l'anse énorme éliminée par l'anastomose fut trouvée gorgée de matières, en plus un éperon très fort à l'endroit de l'orifice anastomotique faisait clapier, s'opposant absolument à tout passage des matières vers la valvule iléo-cœcale. Cette opération était la 3e faite par Senn et lui apprenait la nécessité de choisir le jejunum et de faire l'anastomose avec conservation de l'action péristaltique en même sens que la contraction de l'estomac. Un autre (obs. 10) est mort au bout d'un mois à la suite d'une occlusion accidentelle *supposée* de l'orifice anastomotique, aucune autopsie n'a pu expliquer cet accident bizarre. Le troisième mort de cette classe se trouve dans l'observation 19. Mort au bout de cinq mois. Ce cas a été très discuté en Angleterre. Larkin, qui avait opéré la malade le 22 mai 1891, publiait l'observation comme un succès complet. En juillet, la malade recommence à souffrir des symptômes d'occlusion incomplète et Larkin, pensant à un rétrécissement de l'orifice anastomotique, fit une jejunostomie si peu utile à la malade qu'elle préférait se nourrir par la bouche que par la sonde introduite dans le jejunum. La malade est morte le 25 octobre 1891, et à l'autopsie on trouve tout l'intestin grêle passé à travers l'orifice fait dans l'épiploon au moment de l'anastomose,

l'occlusion intestinale par pincement latéral avait empêché l'alimentation de la malade. On trouvait l'orifice pylorique assez large, l'orifice anastomotique très rétréci. Il est évident que les deux orifices de l'estomac communiquant avec l'intestin furent assez pour établir la perméabilité suffisante du trajet digestif. La vraie cause de la mort restait dans la hernie interne de l'intestin grêle, pincement latéral. Le rétrécissement de l'orifice anastomotique néanmoins existait, on peut se demander si ce n'était pas une suite de l'occlusion intestinale, Larkin veut le contraire.

De ces trois cas il n'y en a aucun où le rétrécissement de l'orifice anastomotique peut être accusé d'être la cause de la mort. Mais nous avons à considérer deux cas où l'autopsie a démontré la fermeture complète de l'orifice anastomotique (Obs. 11). Le malade, après sept mois de survie avec cessation complète de tout symptôme d'occlusion, fut pris de nouveaux vomissements et meurt dix-neuf jours plus tard, à l'autopsie, une infiltration carcinomateuse de la paroi stomacale, du duodenum et du pancréas, l'orifice de l'anastomose complètement fermé, l'observation ne dit pas si cet orifice avait été envahi par le néoplasme. L'autre cas de fermeture complète nous est apporté par Stansfield (Obs. 46). Deux mois après l'opération, les symptômes d'occlusion réapparaissaient et le malade est mort cachectique quatre mois après l'intervention. L'autopsie révéla une infiltration carcinomateuse, des dépôts secondaires dans le foie et l'orifice anastomatique complètement fermé.

Pour ces deux cas, à cause de l'état avancé de la maladie, c'est peu probable que la vie du malade fut très abrégée par la fermeture de l'orifice. Néanmoins cette possibilité constituerait une grosse objection à la méthode des plaques si on ne trouvait pas la même possibilité pour les autres méthodes. A ce point de vue le cas de Mayo Robson devient très intéressant (Obs. 28). Le malade, opéré le 25 juin 1891 pour un néoplasme du pylore, avait subi avec succès une pylorectomie par procédé *de sutures,* mais le 21 août il revient à l'hôpital avec les symptômes d'occlusion du nouvel orifice pylorique pour

laquelle on fit une gastro-entérostomie par la méthode de Senn. Plus tard, à l'autopsie, on trouva l'orifice du nouveau pylore, siège de l'opération par sutures, *très rétréci*, n'admettant pas le bout du doigt. On ne peut accuser la méthode des plaques d'être la cause du rétrécissement qui est le produit de contraction normale de tout tissu cicatriciel. Contre le rétrécissement Mayo Robson a proposé une modification des plaques d'os décalcifiées, par l'addition d'un cylindre du même matériel pour maintenir les lèvres viscérales écartées pendant leur cicatrisation.

Les autres chirurgiens proposent l'emploi des incisions et des plaques plus grandes pour admettre un rétrécissement consécutif sans danger. Il est évident qu'on peut de cette façon agrandir l'orifice à volonté. Nous doutons si c'est bien nécessaire, étant donné le peu de probabilité de cet accident et sa production à une époque qui se trouve au-delà de la survie moyenne des opérés.

Murphy, de son côté, cherche à prévenir ce rétrécissement en s'adressant directement à la nature de la cicatrice, cherchant avant tout une cicatrice très courte pour réduire au minimum la rétraction consécutive. Il paraît par ses observations que son procédé empêche de beaucoup le rétrécissement, mais les moyens qu'il emploie pour l'approximation viscérale sont tout autre que ceux des plaques absorbables. Son procédé, ses avantages et ses statistiques sortent tout à fait du cadre de ce travail. Mais complétant notre étude de la méthode de Senn, nous ne pouvons pas résister à demander si l'approximation sans sutures, méthode de Murphy, ne montre pas autant de supériorité sur la méthode de Senn que nous trouvons pour l'approximation par plaques absorbables sur les méthodes de sutures. Question dont notre ami le Dr Tardif a bien voulu se charger dans son travail sur l'approximation viscérale sans sutures.

Ci-joint le tableau des résultats des quarante-huit observations de gastro-entérostomie.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE (Méthode Plaques)

N° de l'obs.	CHIRURGIEN	MALADIE	SEXE ET AGE	MORT OPÉRATOIRE	SURVIE	REMARQUES
1	Allingham	cancer du pylore	femme 47 ans		5 mois	morte progrès de la maladie.
2	Atkinson	»	» 45 »			quittait l'hôpital au bout d'un mois.
3	Battle	»			4 mois	mort progrès de la maladie.
4	Barker	»	homme 55 »		6 semaines	mort d'une pneumonie aiguë.
5	Beatson	»	» 45 »	au bout de 4 j.		Inanition. Chirurgien regrette n'avoir pas alimenté le malade plus tôt. Anastomose parfaite.
6	»	»	femme 58 ans		1 mois	morte congestion pulmonaire. Autopsie : anastomose parfaite.
7	Bennett	»	homme 52 »		bien portant	
8	Brown	»	femme 56 »		4 mois	mort progrès de la maladie.
9	Clarke	»	homme 48 »		bien portant	10 mois plus tard.
10	»	»	femme 36 »		1 mois	Occlusion accidentelle de l'orifice supposée. Autopsie : pas faite.
11	Hankins	»	homme 45 »		7 mois	Orifice anas complètement fermé.
12	Hester	»	» 36 »	opéré « in extremis » 25 h.		Anastomose parfaite.
13	Hume	»	» 53 »		2 mois	mort progrès de la maladie. Anastomose parfaite.
14	Jessett	»	» 61 »	au bout de 4 j.		mort épuisé. Autopsie : anastomose parfaite.
15	»	»	femme 56 » opérée 12 avril 1890			actuellement bien portante, février 94. Lettre personnelle.
16	»	»	femme 45 »		9 mois	morte progrès de la maladie.
17	»	»	homme 67 »	10 jours		Péritonite septique, infection d'extérieur au moment de l'opération, anastomose parfaite.
18	»	cancer du pylore épaississement fibreux	» 52 »		bien portant	
19	Larkin	cancer du pylore	femme 47 »		5 mois	morte. Symptômes d'occlusion intestinale. Autopsie : pincement latéral de l'intestin, hernie de tout l'intestin grêle au travers, ouverture dans l'épiploon, orifice anastomotique très rétréci.
20	Mansell-Moullin	rétrécissement musculaire	homme 20 »		6 semaines	mort, épuisement. Autopsie: pylore ne laisse passer qu'une épingle, anastomose parfaite.
21	»	cancer du pylore	femme 35 »	6 jours		malade jamais remise, température sous normale, épuisement, anastomose parfaite.
22	Morison	»	homme 31 »		8 jours	mort. Syncope cause inconnue Autopsie révèle l'état parfait des organes [illegible]

23	Purcell	»	femme	44	»	bien portante	quitte l'hôpital au bout d'un mois.
24	Ramsay	»	»	47	»	»	» »
25	»	rétrécissement non-malin	homme	44	»	bien portant	
26	Renton	cancer du pylore	femme	38	»	bien portante	revue 8 mois après, état excellent.
27	»	rétrécissement du pylor	homme	47	»	bien portant	travaille comme menuisier, gagnait 14 livres.
28	Robson	pylorectomie par suture rétrécissement d'orifice	homme		3 jours		cachexie trop avancée au moment d'opérer.
29	Robson	cancer du pylore	femme	27 ans		3 mois	morte progrès de la maladie.
30	»	»	homme			3 semaines	autopsie : anastomose parfaite.
31	Ruth	»	»	58 ans	opération « in extremis » 12 h.		anastomose parfaite.
32	Senn	»	»	65 »	5 jours		marasme, anastomose parfaite.
33	»	»	»	47 »		3 mois 1/2	progrès de la maladie.
34	»	»	»	35 »		3 semaines	a l'autopsie on trouve l'anastomose parfaite mais un éperon qui empêchait l'évacuation d'estomac dans l'intestin, anastomose faite très bas sur l'iléon.
35	»	»	»	43 »		4 mois	
36	»	»	»	38 »	5 jours		autopsie : péritonite localisée, suite d'une perforation au niveau du bord supérieur des plaques qu'on avait employé sèches.
37	»	»	»	69 »	opéré « in extremis » 2 h.		collapse à la fin de l'opération, deuxième collapse et mort 2 heures plus tard.
38	»	»	»	32 »		14 jours	mort d'hémorrhagie du néoplasme.
39	»	»	femme	45 ans		12 jours	morte pneumonie croupale (épid. de la grippe).
40	»	»	homme	71 ans		20 mois	progrès de la maladie.
41	»	»	»	37 »	5 heures		choc. Pression considérable ne suffisant pas à rompre les adhérences de l'anastomose parfaite.
42	»	»	»	45 »		18 jours	mort épuisement simple, cachexie trop avancée avant l'opération.
43	»	»	»	35 »		3 mois	anastomose parfaite, orifice patente.
44	»	»	»	44 »	opéré « in extremis » 8 h.		choc.
45	Stamm	»	femme	63 ans		5 semaines	progrès rapide de la maladie, anastomose parfaite.
46	Stansfield	»	homme	53 »		4 mois	orifice anastomotique complètement fermé.
47	Taylor	»	»	56 »		bien portant	quitte l'hôpital au bout de 6 semaines.
48	Von Baracz	»	»	60 »		bien portant	

PYLORECTOMIE

En cas de pylorectomie, Senn conseille la fermeture complète, par deux rangs de sutures, de l'extrémité de l'estomac et du duodénum réséqué, réduction après leur fermeture et gastro-jejunostomie exactement comme on fait si la tumeur est laissée en place. C'est le procédé suivi par Jessett et Morison, obs. 49 et 50. Rawdon, obs. 51, au contraire, après résection de l'estomac et du duodénum fermant la partie supérieure de l'incision stomacale, abouche l'extrémité du duodénum dans la partie inférieure de l'incision de l'estomac, à l'aide des plaques de Senn, son succès recommande ce procédé en cas semblable où la longueur du duodénum après résection, permettra son abouchement immédiat dans l'extrémité de l'estomac.

Observation 49 (Jessett).

Ellen G..., âgée de 38 ans, mariée, entrait à Cancer Hospital Brompton, le 25 juillet 1891. Aucun antécédent de cancer. Frère mort de phtisie. Elle a eu six enfants, les deux derniers, jumeaux, dont un est encore vivant, âgé de 9 mois, la mère était trop malade pour l'élever au sein. La malade avait une attaque de grippe très sévère il y a un an, janvier dernier, récidive depuis. Elle vomit de temps en temps depuis mars 1890, accouchée en novembre 1890 des jumeaux, un mort-né; le travail était très pénible, la malade gardait son lit pendant trois

semaines et sa chambre pendant deux mois. Péritonite puerpérale après son accouchement, elle n'a pas eu ses règles depuis sa dernière grossesse. Trois jours après son accouchement, la malade dit que son médecin remarquait une tumeur dans le côté droit de l'abdomen. Depuis un mois celle-ci a augmenté rapidement, les trois dernières semaines, la malade a gardé son lit à cause de la douleur et de la faiblesse. Dernièrement elle a souffert beaucoup d'une douleur dans le côté droit et dans le dos et des vomissements très fréquents. Une consultation de médecins déterminait le diagnostic d'occlusion du pylore de caractère malin et conseillait une opération.

Etat actuel. — Cœur et poumons sains, malade émaciée, maigrit rapidement, abdomen très dur et tympanique. Pas d'ascite, rectum plein de matières fécales durcies qu'on évacue à l'aide d'un lavement d'huile d'olive et d'eau savonneuse. Le 28 juillet, évacuation par tubage de l'estomac, de son contenu, une grande quantité de liquide d'odeur aigre, couleur d'extrait de viande, lavage de l'estomac à l'eau tiède. On le trouvait énormément dilaté, descendant jusqu'au pubis, bruit du flot après secousses. Après l'évacuation de l'estomac, la paroi s'est aplatie et on pouvait distinguer facilement la tumeur attachée au pylore, forme de boudin, longue de 7 centimètres et demi, large de 6 centimètres trois quarts, mobile et siégeant du côté droit de la ligne médiane; s'étendant d'un point, 2 centimètres et demi au-dessous de l'ombilic en bas et à droite, une distance d'à peu près 7 centimètres et demi. On proposait une gastro-entérostomie et si l'état de la tumeur le permettait on l'enlèverait.

Pendant son séjour à l'hôpital, on avait nourri la malade par des lavements nutritifs et stimulants avec un peu d'extrait de viande par la bouche. Lavage de l'estomac le 30 juillet, avec un litre et demi de solution de salicylate de soude à 10 pour cent, qu'on évacuait complètement, malade

très fatiguée après. Le 31 juillet, quelques vomissements et diarrhée, pouls 108. Le 2 août, la diarrhée a cessé, mais vomissements de temps en temps, pendant la journée. Le 4 août, la malade va mieux, ne vomit plus, on donne de l'extrait de viande et du Porto avec des lavements alcoolisés et des suppositoires de bœuf ziminisé toutes les quatre heures alternativement. Lavage de l'abdomen deux fois par jour pendant deux jours, avant l'opération, avec une solution d'hydrate de potasse à 10 pour cent, après lesquels on plaçait un pansement en permanence, avec des compresses trempées dans une solution de sublimé à 1 pour 2000. La nuit avant l'opération, lavage de l'estomac avec une solution faible de salicylate de soude, le matin on donnait de l'extrait de viande et du cognac par lavement et une demi-heure avant l'opération on répétait ce lavement. Opération 4 août, piqûre d'atropine, éther, incision longue de trois pouces sur la ligne médiane s'étendant en haut de l'ombilic, paroi si mince qu'on arrivait de suite sur le péritoine sans lier un vaisseau. On divise le péritoine dans toute la longueur de la plaie et on fixe ses bords avec trois pinces de chaque côté, on tire la tumeur et le pylore dans la plaie; et les entoure d'une toile trempée dans l'eau phéniquée. On voit que la tumeur s'étend de quatre à cinq pouces sur la paroi de l'estomac. Avec une aiguille à anévrisme, armée de catgut, on fait la ligature des vaisseaux de la petite et de la grande courbure, un peu à gauche de l'endroit où on propose la résection, alors avec une pince pour les ligaments larges, on comprime l'estomac sur le côté duodénal de l'endroit choisi pour la résection, on déchirait le petit épiploon avec le doigt, et l'aide, tenant l'estomac, on le coupe entre la pince et les doigts de l'aide, avec les ciseaux, plaçant une pince à forci-pressure sur chaque point qui saigne ; laissant tomber dans une compresse le pylore réséqué, on lie tous les vaisseaux du bord stomacal avec du catgut, une quantité de liquide trouvée dans l'estomac fut évacuée par le tube stomacal et on lavait l'organe.

Les bords de l'estomac furent réunis par une suture

continue passée au travers toutes les couches, un deuxième rang de sutures prenait les couches musculaires et séreuses à une distance d'un tiers de centimètre des bords, les bouts de chacun de ces fils furent maintenus par des pinces pour les nouer, après avoir inséré tous les fils au nombre de neuf, en nouant chaque fil on prenait grand soin de renverser en dedans les bords coupés de l'estomac pour assurer l'approximation des surfaces séreuses du péritoine, alors on laissait tomber l'estomac dans l'abdomen, on plaçait une ligature élastique sur le duodenum, à deux pouces du pylore, plaçant une pince sur la portion du duodenum, près de l'orifice pylorique, et on le sectionnait entre la ligature et cette pince, laissant autant de duodenum que possible. Rien ne tenait plus le pylore et le néoplasme que le grand épiploon, qu'on transfixait avec un fil de soie double pour faire la ligature comme on fait pour le pédicule en cas d'ovariotomie, alors on sectionnait l'insertion de l'épiploon avec les ciseaux. On fermait le bout du duodenum à l'aide d'une suture continue, fil de catgut qui traversait toutes les couches, et un deuxième rang de suture comme pour l'estomac et on réduisait la partie dans l'abdomen. Après avoir placé une ligature élastique sur le duodenum, on introduisait une éponge dans la cavité abdominale et procédait à faire une gastro-entérostomie, le colon transverse et l'épiploon repoussés à droite, on allait avec l'index droit chercher une anse du jejunum près de son origine, qu'on attirait dans la plaie, ainsi que l'estomac dans lequel on faisait une incision longue de 4 centimètres parallèle et à 2 centimètres 1/2 de distance de la grande courbure, à 5 centimètres de l'extrémité réséquée, une plaque d'os décalcifiée, armée de deux fils latéraux de catgut fut introduite, les fils passés au travers toutes les couches à une distance d'un tiers d'un centimètre des bords de l'incision furent alors confiés à l'aide, pendant qu'on introduisait une plaque d'os semblable dans le jejunum, après avoir placé deux ligatures élastiques espacées de 10 centimètres sur le jejunum, incision longitudinale de 4 centimètres sur le

bord convexe du jejunum compris entre les ligatures élastiques, insertion de la plaque, les fils passés au travers toutes les couches de l'intestin.

Les plaques maintenues en apposition par l'aide, on noue leurs fils, sectionnant une partie de la muqueuse pour faciliter l'approximation du bord inférieur, cinq sutures complémentaires sur les bords des plaques, toilette et réduction des parties, l'éponge qu'on avait placée dans la cavité abdominale fut enlevée parfaitement sèche, fermeture de la plaie abdominale avec des crins de Florence, pansement de gaze au sublimé, un paquet de laine et un bandage. La malade a très bien supporté l'opération. Durée de l'opération, une heure et quarante minutes. Lavements alcoolisés avec de l'extrait de viande toutes les deux heures et suppositoires ziminisés aux mêmes intervalles, une cuillérée d'eau tiède par la bouche toutes les heures si la malade en exprimait le désir. Le 6, sommeil bon, aucun vomissement, elle se plaint d'une légère douleur abdominale, action intestinale libre, du lait dilué avec de l'eau par la bouche, lavements continués. Le 7, pansement. Pas de tympanisme ni de vomissements ni d'autres symptômes fâcheux, à neuf heures du soir la malade se plaint de douleurs dans le dos et à l'épigastre, à minuit douleur accentuée, pas de tympanisme, on cesse l'alimentation buccale pour quelque temps. Le 8, la malade va mieux, pas de douleur ni de vomissement, évacuation intestinale, une cuillérée de lait peptonisé toutes les heures, à deux heures de l'après-midi on donne deux cuillérées de lait dilué toutes les heures et une cuillerée d'extrait de viande toutes les quatre heures. Le 9, la malade est beaucoup plus forte, pouls mieux, un peu de sensibilité dans la région iliaque droite et à l'hypochondre gauche. Le 12 (huit jours après l'opération) la malade va de mieux en mieux, dort très bien, prend de l'extrait de viande, des crèmes et de la gelée, et en plus un litre et demi de lait, quatre œufs, du pot-au-feu (mouton) toutes les vingt-quatre heures, on ne donne plus de lavements mais on continue les suppositoires trois fois par jour. Le 18, ablation des sutures,

suppression des suppositoires, le 20 on trouve dans les selles quelques anses des fils des plaques, la malade mange du poisson, lait, extrait de viande du mouton, gelée et œufs. Le 17, elle commençait à se promener en voiture, poids de 88 livres et demie, poids 21 octobre 109 livres. Malade actuellement bien portante. — Février 1894 (lettre personnelle).

Observation 50 (Morison).

W. S., malade âgé de 65 ans, troubles à l'estomac depuis deux ans, surtout des attaques de vomissements. Pendant les quatre derniers mois et demi, il a souffert de douleur et vomit les aliments de toute espèce, ne pouvant retenir que très peu. Le malade est maigre, figure tirée, faible et épuisé. Il y a quelques années, il faisait grand abus d'alcool. On trouve au-dessous de l'ombilic une tumeur arrondie, dure, nodulaire, sensible à la pression, pouvant être déplacée à droite, en haut et à gauche, mais pas en bas, grosse comme une orange. Par un lavage de l'estomac, on retire un demi-litre de liquide mousseux comme de la levure. Le 3 mars, pylorectomie, fermeture des bouts de l'estomac et du duodénum et gastro-entérostomie avec les plaques de Senn, et des sutures complémentaires. Durée de l'opération, deux heures. Nausées à 6 heures, 7 heures et 10 heures du soir, mais il n'a jamais eu de malaise après. Le 4 mars, il paraissait aussi bien qu'avant l'opération, à 7 heures du soir un peu d'eau chaude par la bouche. Lavements nutritifs toutes les deux heures. Le 5 mars, état très bon, pouls 80, température 37°, on donne du lait et de l'eau gazeuse. Le 6 mars, état moins bon. Pendant la nuit une attaque syncopale avec dyspnée. — Il dit avoir eu les attaques semblables chez lui — il buvait un verre de lait en plusieurs gorgées sans aucune gêne. L'après-midi, mort de syncope cardiaque, à 3 heures et demi. *Autopsie.* A l'ouverture de l'abdomen, toutes les plaies fermées et saines. Pas de péritonite, intestin un peu coloré par le sang. Aucun tissu malin était resté après l'opération. Estomac vide, plaques libres, une dans l'estomac, peu altérée, l'autre dans l'iléon, à deux pieds de la valvule

iléo-cœcale, en partie digérée. Estomac pas dilaté, parois non épaissies.

Tumeur ; squirrhe.

Observation 51 (Rawdon).

Pylorectomie.

Homme, 56 ans, entrait à Royal-Southern-Hospital avec les symptômes très marqués de sténose du pylore ayant duré depuis quelques semaines. On voit une petite tumeur au-dessous du muscle droit de l'abdomen à gauche, un peu au-dessus de l'ombilic. Ouverture de l'abdomen, incision médiane, longue de 10 centimètres d'un point 3 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde. La tumeur était une masse carcinomateuse englobant le pylore et l'extrémité pylorique de l'estomac. Il n'y avait pas d'adhérences anormales, et les parties attirées dans la plaie, on se voyait obligé de réséquer un tiers de l'estomac après avoir lié les vaisseaux de la grande courbure qui se trouvaient sur la ligne de l'incision, les vaisseaux du duodénum furent comprimés avec ceux-ci par une ligature élastique. Résection de l'estomac et du pylore avec la ligature d'un où deux vaisseaux de la paroi, les insertions épiploïques réunies, percées et liées, ligature de deux où trois artérioles qui saignaient après que la ligature élastique fut enlevée. On fermait la plaie de l'estomac avec une suture continue à la soie fine, laissant ouverte 2 centimètres et demi du côté de la grande courbure pour admettre une plaque d'os décalcifiée de Senn. Dans le duodénum on insérait la deuxième plaque taillée en forme circulaire, placée en travers les bords du duodénum ramenés sur les plaques. Apposition de l'ouverture de l'estomac avec celle du duodénum et on attachait les plaques ensemble en nouant leurs fils. La communication directe des viscères assurée de cette façon on réduirait les parties dans l'abdomen. Toute l'opérat on fut complétée en moins d'une heure, la guérison du malade s'est faite sans incident. Suppositoires nutritifs pour la première semaine, suivis par l'administration de lait pancréa-

tinisé et retour progressif à une alimentation ordinaire. Actuellement le malade mange beaucoup, de bon appétit, et n'a aucune douleur, aucun trouble.

Résumé.

Trois opérations par trois opérateurs nous donnent deux succès, les opérés actuellement bien portants, dont un a déjà survécu deux ans et demi depuis l'opération.

Une mort sur trois placerait la mortalité à 33 %, mais les circonstances particulières de cette terminaison fatale ne permettent pas d'attribuer cette mort à l'opération. L'autopsie a démontré le bon état des parties, les suites opératoire très bonnes, les accidents cardiaques exceptés, nous justifient à dire que la méthode de Senn appliquée trois fois à la pylorectomie a donné des résultats supérieurs à ceux des procédés de suture, qu'on n'a j'amais eu d'accident opératoire, la méthode est irréprochable.

Voies Biliaires

L'application de la méthode de Senn dans la chirurgie des voies biliaires est très bien exposée par Mayo-Robson. Nous n'avons trouvé qu'une seule observation clinique (obs. 52). Le résultat était un succès complet. Malgré l'explication donnée par Chavasse, nous pensons que l'approximation avec le colon n'est pas indiquée, la facilité de l'opération doit permettre un abouchement dans le duodenum ou très près de cette partie de l'intestin. Au point de vue opératoire, l'efficacité de la méthode de Senn n'est qu'accentuée par cette opération de cholecysto-colostomie.

Observation 52 (Chavasse).

Cholecysto-colostomie pour fistule biliaire, guérison.

Homme, 47 ans, peintre en bâtiments, opéré le 25 mai 1891. Cholecystotomie avec l'extraction de 80 calculs biliaires. Une

fistule biliaire persistait et chaque fois que l'écoulement de la bile par la fistule était arrêté, le malade devenait ictérique, qui disparaissait aussitôt que l'écoulement de la bile en dehors par la fistule était rétabli, selles régulières mais couleur d'argile, quantité d'urine pour les vingt-quatre heures moins que 30 onces.

L'écoulement de la bile en quantité de 500 à 1500 grammes avait causé un état eczémateux de la peau, le malade réclamait une opération. Le 24 octobre 1891 on incisait sur la cicatrice de l'ancienne opération prolongeant l'incision en bas un pouce au-dessous de l'orifice de la fistule dans laquelle on avait inséré un petit stylet. On disséquait les adhérences pour libérer la vésicule biliaire, ce qui causait beaucoup de suintement sanguin, la paroi antérieure de la vésicule, qui paraissait du tissu fibreux, fut incisée jusqu'à la fistule pour laisser pénétrer deux doigts, on trouvait un petit calcul, gros comme une lentille, noir et friable à l'orifice interne du trajet fistuleux, qu'on enlevait, la surface interne de la vésicule ne ressemblait guère à une muqueuse. On pouvait facilement sentir le cholédoque comme une corde épaissie, mais on ne sentait pas de calcul dedans aussi loin qu'on pouvait passer le doigt sur sa surface inférieure et le stylet introduit par la plaie ne peut pas entrer aussi loin que le doigt.

Par conséquent on cherchait le colon ascendant qu'on découvrait facilement ; les parties entourées des éponges on incisait la paroi antérieure du colon près de sa courbure où il se pretait le mieux à une approximation avec la surface inférieure de la vésicule biliaire, une plaque d'os de Senn insérée dans le colon on incisait la face inférieure de la vésicule y introduisant l'autre plaque à bords coupés pour réduire un peu son volume, la plaque introduite par l'incision de la face antérieure on réunissait par deux sutures la muqueuse du colon aux bords de l'incision de la face postérieure de la vésicule et alors complétait l'approximation de la façon ordinaire, introduisant à travers l'orifice une pince pour s'assurer d'une ouverture complète dans l'intestin. Alors on

avivait les bords de la fistule et suturait la paroi antérieure de la vésicule en surjet, fil de catgut. Tube en verre inséré jusqu'au loge du rein droit pour assurer le drainage on amenait le drain dans l'extrémité inférieure de la plaie abdominale qu'on fermait de la façon usuelle. Malade agité après l'opération. Pendant les premières sept heures on retirait par le drain trois onces du liquide, du sang presque pur. De l'eau chaude par la bouche toutes les heures, pas de vomissements. Pendant deux jours le malade va bien, plaie en bon état, deux onces du sang retirées par le tube à drainage toutes les vingt-quatre heures. Le 27 octobre on note une odeur légèrement fécaloïde et il s'échappe par le tube une once de liquide jaune verdâtre d'odeur fécaloïde; 30 octobre, pansement saturé avec de la bile et on y trouve une petite quantité de matière fécaloïde argileuse, cet état continue; le 2 novembre, on retire le tube à drainage, le 5 novembre une purgation qui amène deux évacuations intestinales dont tout passe par la fistule sans aucune douleur, rien évacué par le rectum. A partir de ce jour, lavements tous les jours, la quantité de bile et des matières passées par la fistule diminue et cesse complètement le 20 novembre. Le 29 novembre la plaie était complètement guérie. Les selles journalières, sont colorées légèrement brunes et les évacuations sont spontanées. A partir du 18 novembre la quantité d'urine pour les vingt-quatre heures est en moyenne de 58 onces. Appétit, digestion et sommeil parfaits, on avait pris le colon pour l'anastomose à cause de sa proximité et le fait démontré que le malade s'était déjà bien porté malgré l'absence complète de la bile dans l'intestin pendant plusieurs mois. L'emploi des plaques de Senn facilite de beaucoup l'opération.

ANASTOMOSE DE L'INTESTIN GRÊLE

CINQ CAS

Observation 53 (Homans).

Ileo-ileostomie. — Guérison.

Florence B... n'a jamais eu de forte santé, âgée de 10 ans. Pendant les cinq années précédentes elle a eu plusieurs attaques graves de bronchite, et pendant cette période a eu à peu près tous les deux ou trois mois des attaques subites de douleur très sévère dans les intestins, douleur persistant de dix à trente minutes. La maladie actuelle commençait le 22 juillet 1890 quand j'étais appelé à la hâte auprès d'elle, presque en état de collapsus, en proie à une douleur intestinale intense, accompagnée de vomissements. On découvrit une tumeur, forme de boudin, dans la région iliaque gauche et soupçonnait une invagination. Des lavements d'huile d'olive et de glycérine pendant deux jours restaient sans résultat; le troisième jour une purgation au calomel amenait une évacuation en masse au bout de quelques heures. La tumeur en boudin avait disparu et la malade pouvait sortir mais restait un peu abattue.

Le 10 août, deuxième attaque de douleurs intestinales accompagnée d'une bronchite aiguë.

Le 4 octobre, troisième attaque de douleur intestinale persistant pendant une heure. Le 6 octobre, retour de la douleur accompagnée de vomissements. Purgation de calomel et d'huile de ricin, injection (rectale) de glycérine et de l'eau, évacuation intestinale peu abondante.

Le 14 octobre, douleur et vomissement plus intenses que jamais, les intestins en nœuds durs et facilement perceptibles à travers la paroi abdominale, injection hypodermique de morphine. Le 15 octobre, on remarqua une tumeur à forme

irrégulière en travers de l'abdomen, au niveau de l'ombilic. Du 15 octobre au 1er novembre, alimentation presque exclusive par le rectum, après plusieurs consultations et essais d'administration des purgatifs par voie buccale que la malade rejetait aussitôt en vomissements.

Le 20 octobre, deux selles très minimes. Le 4 novembre, appelé d'urgence, je trouvai la petite malade en état de souffrance extrême, en position genu-pectorale sur son lit, faisant tous ses efforts pour la défécation. A l'examen je voyais à demi-sortie de l'anus une portion d'intestin sphacélé que je retirais par des douces tractions. La masse, d'odeur caractéristique des tissus sphacélés, mesurait étendue presque un mètre, mais quelques parties n'étaient plus que des fils, et la longueur actuelle de l'intestin perdu probablement n'était plus que de cinquante centimètres. La malade se trouvait soulagée par cette évacuation et pendant quatre jours pouvait prendre des aliments solides sans vomissement et on supprimait la morphine; mais le 8 novembre, quatre jours plus tard, elle commençait encore à vomir, et la douleur abdominale recommençait avec la formation des intestins en nœuds, morphine par voie hypodermique, et alimentation par voie rectale recommencée. Les lavements purgatifs, de l'huile de ricin, du calomel et de l'huile d'olive, restaient inefficaces. La malade continuait sans aucune évacuation intestinale, ne pouvant rien retenir dans l'estomac, injection de morphine toutes les trois ou quatre heures, amaigrissement progressif ; diagnostic : rétrécissement, suite de sphacèle intestinal. Opération proposée, mais agréée par les parents au dernier moment. Dr Homans, appelé pour l'opération.

Le 27 décembre 1890, malade extrêmement maigrie, première ouverture de l'abdomen entre l'ombilic et le pubis, pour être agrandie plus tard, en haut. Une petite quantité de liquide ascitique s'échappait. Le cœcum, colon ascendant et une partie du colon transverse remplis de matière fécale ou des matières de l'alimentation rectale.

Le cœcum était gros à peu près comme l'avant-bras d'un

homme, on le sortait de l'abdomen pour faire de la place, et on suivait l'intestin grêle jusqu'au duodenum et de là on rétrograde jusqu'au cœcum. L'obstruction se trouvait à la partie supérieure de l'ileum où l'intestin semblait sectionné jusqu'au mésentère, il n'y existait aucune continuité de l'intestin autre que l'insertion du mésentère, tout le calibre de l'intestin de l'espace d'une ligne avait disparu, il ne restait que le mésentère et un petit cordon comme ce qui existe entre deux saucisses. Les anses dans cette région étaient légèrement adhérentes. Avec l'assistance d'un aide on comprimait l'intestin au-dessus et au-dessous de l'endroit choisi pourl'insertion des plaques et on fit l'anastomose par la méthode de Senn avec quelques sutures des surfaces péritonéales autour. L'abdomen fut lavé avec de l'eau chaude et fermé. Pansement à la gaze iodoformée, et coton hydrophile, bandage du corps.

Pendant l'opération beaucoup de gaz et une matière blanche, poultacée, très offensive, s'échappait par l'anus. A la fin de l'opération la malade avait à peine un pouls sensible et se rétablissait avec beaucoup de lenteur ; retour d'une douleur abdominale au bout de deux heures, urine passée seule huit heures après l'opération.

1er janvier, cinquième jour après l'opération, passage de gaz plusieurs fois répété par le rectum.

2 janvier, selle à la suite d'une administration des sels Rochelles.

3 Janvier, trois selles spontanées, et depuis ce moment, selles régulières une ou deux fois par jour, des masses couleur d'argile jusqu'au 30 janvier, quand les selles devenaient normales de couleur et de quantité.

Mais pendant ce temps, la douleur abdominale persistait et la malade vomissait de temps en temps ; lavements nutritifs de lait peptonisé et du cognac, kumyss et de pâte de Mellin furent cessés petit à petit et, vers le 15 janvier, la malade commençait à prendre des aliments solides. Mais la persistance de la douleur et quelques vomissements ne permettaient de cesser les piqûres de morphine que

six semaines après l'opération. Malgré la bonne alimentation, la malade restait très cachectique et ne commençait d'engraisser avant la fin de février, malgré son appétit dévorant longtemps avant, mais ses aliments ne semblaient avoir aucun résultat favorable. Pendant sa maladie, ses jambes s'étaient ankylosées à un tel degré sur les cuisses qu'il fallut plusieurs semaines d'efforts continus pour vaincre l'ankylose. Les plaques d'os furent probablement complètement digérées, car on n'a jamais trouvé aucune trace dans les selles. La petite fille se porte actuellement (nov. 1891) très bien, pèse 60 livres ; aucun symptôme intestinal.

Observation 54 (Lane).

Gangrène herniaire, résection, iléo-iléostomie ; guérison.

E. C., femme âgée de 53 ans, entrait à Guy's-Hospital, le 31 décembre 1890, malade depuis cinq jours ; elle vomissait des matières fécaloïdes. Elle avait remarqué une tumeur herniaire le jour avant son entrée, mais avait souffert des douleurs à cet endroit depuis plusieurs jours. Abdomen légèrement tendu, une petite hernie d'apparence fémorale du côté droit, malade très abattue et affaiblie. Anesthésie, on ouvrait et exposait le sac herniaire qu'on voit très épaissi et enflammé en apparence d'une formation récente. Le contenu du sac infect, en apparence poultacé, dans lequel on voit un petit nodule de l'intestin, mou et flasque, on incise l'anneau et fait une évacuation complète du contenu du sac. Incision de l'abdomen sur la ligne médiane, descendant de l'ombilic, par cette incision on retire l'anse intestinale affectée. On ne voit pas de perforation, mais la paroi intestinale est si mince et une partie si inflammée, que tout espoir de guérison est perdu, l'anse pincée dans la hernie se trouvait à 25 centimètres de la valvule iléo-cœcale, on résèque une portion longue de huit centimètres fermant chaque bout par une suture continue avec la soie, le mésentère ayant été réséqué après ligature de ses vaisseaux. Incision sur la convexité de chaque bout de l'intestin par laquelle on introduit une plaque d'os décalcifiée à une dis-

tance de trois pouces des extrémités intestinales. L'état contracté de l'intestin gêne un peu l'insertion de la plaque. On noue les quatre fils de soie. Les sutures complémentaires placées sur les bords des plaques, on y greffe une portion de l'épiploon. Lavements nutritifs pendant quelques jours, au bout desquels on nourrit la malade par la bouche. On donne un peu d'opium pour immobiliser les parties et corriger une légère diarrhée. La malade commence à manger des huîtres, et le 11 janvier 1891, elle mange du poisson. Elle n'a eu de nausées qu'une seule fois étant trop serrée par la ceinture abdominale. Abdomen mou, selles régulières. Au bout de trois semaines elle quittait l'hôpital, mais revenait pour faire soigner un abcès de la paroi qui se formait au-dessous du muscle droit.

Observation 55.

Iléo-Iléostomie, gangrène herniaire, résection incomplète, mort.

A. B., âgée de 55 ans, entrait à Guys Hospital le 22 février 1891. Vomissements depuis cinq jours, matières rendues depuis deux ou trois jours d'une odeur très repoussante. Malade abattue à un tel degré qu'on n'ose tenter qu'une opération très courte. Hernie fémorale gauche. Le sac ouvert on le trouve très inflammé, contenant du pus et des matières fécales et une petite anse intestinale perforée. On lie l'intestin, toilette soigneuse. Incision médiane de l'ombilic au pubis par laquelle on amène l'anse intestinale en dehors, on la résèque aussi vite que possible en fermant chaque extrémité. On introduit une plaque de Senn dans la partie inférieure très contractée et place les fils. Pour insérer la deuxième plaque on trouve l'intestin si mou et si ramolli qu'il se déchire sous le moindre prétexte. L'état de la malade défend le prolongement de l'opération. On complète l'approximation et on noue les fils qui produisent une déchirure qu'on ne ferme qu'incomplètement, greffe épiploïque et on ferme l'abdomen. La malade semble morte, mais réagit avec les injections hypodermiques de cognac. Lavements nutritifs et plus tard du lait peptonisé par la bouche, mais elle est morte le cinquième jour. Gangrène

de l'intestin ayant laissé échapper le contenu dans le péritoine. Je suis convaincu qu'une résection plus grande aurait pu sauver la malade.

La Senn = méthode idéale.

Observation 56 (Russell).

Jéjuno-iléostomie pour rétrécissement, guérison.

Malade, âgé de 15 ans, garçon de ferme. Santé générale forte et bonne, jusqu'au 2 octobre 1888. Dernièrement, pendant un effort, il fut saisi d'une douleur aiguë dans l'abdomen, suivie rapidement de vomissements très forts, constipation opiniâtre pendant cinq jours. Les cinquième et sixième jours, évacuations intestinales, les vomissements devenaient moins forts. Pendant quelques semaines, l'évacuation intestinale était moins fréquente, la douleur devenait intermittente, mais forte, et la constipation changeait en diarrhée. Vers le 1er novembre, on remarquait une masse molle et charnue dans les selles.

Pendant les dix mois qui précédaient ma visite — 16 août 1889 — et l'opération, le malade, alité presque sans interruption, avait des attaques de vomissements de temps en temps, allait à la selle de trois à sept fois par jour, matières liquides légèrement colorées, mais sans aucune trace de sang ; l'abdomen distendu et tympanique ; langue sale et appétit mauvais. Il maigrissait, avait des sueurs nocturnes, mais pas d'élévation de température. Pendant ces dix mois, il souffrait d'attaques très fortes de douleurs abdominales, à intervalles de vingt à quarante minutes, nuit et jour, d'une durée de trois à cinq minutes. Chacune de ces attaques de douleurs était précédée d'une action péristaltique violente, tant que le contour de l'intestin devenait visible au travers la paroi abdominale. La forte douleur se faisait sentir après que l'action péristaltique avait persisté une ou deux minutes, et cessait brusquement, quand trois ou cinq minutes plus tard, on entendait un fort bruit comme si on forçait du gaz ou du liquide à travers un petit orifice. De suite la douleur et l'action péristaltique cessaient, et le malade se trouvait

très confortable. La douleur était quelquefois au dessus de l'ombilic, quelquefois au dessous, à droite ou à gauche, ne semblant pas fixée à aucun endroit particulier. Les symptômes s'aggravaient, et à ma première visite, j'ai pu observer plusieurs de ces attaques, attribuées, démontrées par la laparatomie le jour suivant, à une occlusion intestinale à peu près complète.

Opération le 17 août 1889.— Incision de l'ombilic au pubis ; dans l'impossibilité de trouver l'occlusion on sortait tout l'intestin grêle sur l'abdomen du malade, l'entourait de compresses chaudes sorties d'une solution de Thiersch. On trouvait l'occlusion vers l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de l'intestin grêle. Tout l'intestin au-dessus du rétrécissement était plein, toute la partie au-dessous était vide. Le rétrécissement était manifestement ancien et on se décidait à faire une anastomose intestinale par la méthode de Senn.

L'incision linéaire, longue de quatre centimètres au-dessus du rétrécissement, permettait l'évacuation du contenu de l'intestin à peu près un litre de matière fécale jaune et liquide et du gaz en grande quantité. Par cette incision on introduisait une des plaques de Senn et par une autre incision au-dessous l'occlusion on introduisait l'autre plaque, apposition des plaques après une scarification des surfaces séreuses, douze sutures de Lembert complémentaires, nettoyage de l'intestin, lavage de l'abdomen avec une solution de Thiersch chaude, fermeture de l'abdomen. Guérison rapide, parfaite et permanente. La température prise toutes les deux à quatre heures n'a jamais surpassé la normale qu'une fois quand elle touchait 38° pour tomber de suite. Le malade pouvait s'asseoir le dixième jour, descendait les escaliers le seizième ou le dix-huitième jour. Une selle normale et abondante le cinquième jour après l'opération, et régulièrement après. On examinait toutes les selles pour retrouver les traces des plaques. Le neuvième jour on trouvait les restes d'une plaque osseuse réduite au quart de son épaisseur, à la moitié de sa grandeur et aux deux tiers de sa longueur, très ramollie. Quelques jours plus tard, quelques petites traces de l'autre plaque furent évacuées. Le malade

gagnait rapidement ses forces et quinze mois après l'opération jouit d'une forte santé et fait tout son travail ordinaire.

Observation 57 (Wright).

Iléo-iléostomie pour fistule stercorale. — Guérison.

T. S..., ouvrier, âgé de 66 ans, entrait le 5 novembre 1891, pour une hernie inguinale droite étranglée, qu'on déclare avoir duré depuis seize jours. A l'opération, intestin gangréneux réséqué, établissement d'anus contre-nature dont la persistance l'amena encore à l'hôpital, demandant une opération pour le guérir. Entré à Royal Infirmary, le 13 février 1892, opération le 21 février. Aucun aliment par la bouche pour les 24 heures précédant l'opération, évacuation intestinale provoquée par huile de ricin et alors un lavement de l'opium pour maintenir les intestins vides, nettoyage de la peau autour des orifices fistuleux avec de l'essence de térébenthine et perchlorure de mercure, lavage de l'intestin ascendant et descendant le matin de l'opération. Les deux orifices intestinaux se trouvaient séparés par un espace de 2 centimètres et demi dont la surface était à vif et ulcérée. Incision longue de dix centimètres obliquement en bas et en dedans au-dessus de la fistule, la cavité péritonéale ouverte, on trouvait les deux parties de l'intestin libre de toute adhérence autre qu'à leur terminaison, deux pinces couvertes de caoutchouc furent appliquées sur les intestins à vingt centimètres de leur extrémité, lavage des intestins, on les entourait avec des éponges artificielles, et travaillant hors de la cavité abdominale, on réséquait quatre centimètres de chaque extrémité, fermait les orifices terminaux, avec des sutures de Lembert, à cinq centimètres de ces extrémités, incision par lesquelles on insérait les plaques, deux séries de sutures complémentaires avec de la soie fine, ablation des pinces et réduction de l'intestin dans l'abdomen (traitement des portions de l'intestin et les orifices fistuleux). On fermait l'abdomen avec des sutures profondes et superficielles, drainage du voisinage des fistules, pansement avec de l'ouate de bois.

Guérison sans incident, première selle le 24 février et une deuxième le jour suivant. Pansement le 4 mars, ablation du drain et des sutures. Alimentation solide le 28 février. Malade se lève le 6 mars et actuellement, 27 mars, le malade semble en très bon état, selles régulières. On n'a jamais trouvé trace des plaques de Senn.

DISCUSSION.

Observations 53 à 57 inclusivement.

Cinq cas d'anastomose de l'intestin grêle donnent 4 guérisons et une mort. Deux cas de rétrécissement cicatriciel donnent deux guérisons. Trois de ces opérations furent consécutives à une gangrène de l'intestin hernié. Une fois un anus contre-nature avait été établi et une iléo-iléostomie fut faite pour guérir l'anus artificiel. Succès complet. Deux fois, après une résection immédiate de l'intestin sphacélé, on fit l'anastomose par la méthode de Senn ; succès et mort. Le cas de mort (Observ. 55) fut opéré « in extremis, » la mort sur la table d'opération étant à craindre, on opérait très incomplètement; une résection incomplète de l'intestin causait la terminaison fatale. Le chirurgien s'accuse de cette faute en affirmant la supériorité de la méthode de Senn, De ces cinq opérations l'approximation viscérale sort indemne, le seul cas de mort ne peut être attribué à la méthode d'aucune façon.

Colo-Colostomie.

Observation 58 (Abbe).

Occlusion par Cancer; Guérison.

Homme âgé de 60 ans; grande taille, sans être gras, marin.

En avril 1888, quatre mois après avoir été opéré par l'auteur pour des hémorrhoïdes, le malade entrait dans le service de médecine de St-Luke's-Hospital. A travers la paroi abdominale on pouvait sentir des masses de matières solides se levant et se déplaçant légèrement de temps en temps. On ne pouvait distinguer aucune masse dure ni

immobile, la partie inférieure de l'abdomen était saillante, sa partie supérieure aplatie. Les veines abdominales superficielles dilatées. Ganglions à l'aine droite, un peu d'œdème des jambes, quelques varices variqueuses. Jusqu'au moment de l'opération des hémorrhoïdes il avait des selles abondantes tous les deux jours, mais depuis, l'intervalle s'était prolongé à quatre ou cinq jours et alors seulement après l'administration des cathartiques violents. Malgré les médications, il devenait agité, vomissait, haleine mauvaise et affaiblissement.

La voix devenait voilée et on trouvait à l'abdomen de la matité et de la résistance à droite sur le cœcum et le colon. Quelques jours plus tard une forte colique suivie d'une selle le soulageait un peu et par l'emploi de podophyllin pendant quelques jours il se trouvait soulagé par des grandes évacuations intestinales et sortait guéri en juin. Rentré le 5 septembre, état pire qu'avant ; il fut traité par le Dr Kinnicutt, mais l'obstruction était complète, les purgatifs les plus forts restaient sans aucun effet, aucune évacuation autre que celle des lavements. L'abdomen énormément distendu, s'accentuant tous les jours. A plusieurs endroits on pouvait sentir des masses mates, colique intestinale forte, le malade devenait apathique sans appétit, teint jaune-grisâtre, pouls de plus en plus faible, affaiblissement plus prononcé, état syncopal. L'obstruction absolue quand il entre dans le service, émaciation de la face et du corps extrême, abdomen très gros. Quelques heures avant l'opération, syncope complète causée par la douleur et l'affaiblissement et les assistants pensaient que le malade ne pourrait guère supporter le transport à la salle d'opération. A cause de l'état filant du pouls, la respiration superficielle et l'épuisement complet le malade ne paraissait pouvoir survivre que quelques heures sans assistance.

Ouverture de la partie inférieure de l'abdomen le 14 novembre 1888. Par une incision de dix centimètres au-dessous du pubis, anesthésie à la cocaïne, le malade, presque mourant, ne sentait aucune douleur. Un demi-litre de liquide clair s'échappait de l'abdomen et l'exploration digitale laisse

sentir l'intestin énormément distendu occupant la moitié droite de l'abdomen, on estime son diamètre à vingt centimètres, et s'assure qu'il consiste du cœcum et du colon ascendant. Les autres anses intestinales appréciables étaient aussi distendues au maximum et donnaient la sensation de matières fécales demi-solides. On ne trouvait aucune anse d'un diamètre moins que huit centimètres. On suturait le cœcum à la plaie en fermant l'abdomen, incisait le cœcum et par là on fit l'évacuation d'une quantité énorme de matières solides, liquides et gazeuses.

Six semaines plus tard, l'état du malade permettait une opération pour guérir le rétrécissement. Le 14 novembre, après une préparation par purgatif léger et alimentation exclusivement liquide, on bouchait l'anus contre nature avec un bouchon, maintenu par une toile de caoutchouc soutenue par du diachylon, incision dans l'hypochondre droit, longue de 12 centimètres, parallèle à la ligne médiane, mais à une distance d'une largeur de main.

On suivait le colon ascendant en bas jusqu'à la plaie inférieure qui marquait le siège de l'anus artificiel; en remontant on sentait de suite l'obstacle, une masse dure, d'apparence néoplasique,grosse comme un petit œuf qui comprenait toute la circonférence du colon au niveau de la coudure hépatique, elle était tellement adhérente que son ablation aurait été fatale sans aucun doute. Par conséquent on approchait les colons ascendants et transverse, à deux points qui se trouvaient naturellement à côté l'un de l'autre à une distance d'à peu près dix centimètres du néoplasme, on entourait l'intestin à quelque distance avec de la gaze iodoformée passée à travers le mésentère et nouée, incision longue de quatre centimètres en travers une des bandes longitudinales du colon dans lequel on glissait une plaque osseuse, les aiguilles des fils latéraux perçant toute la paroi de la bande longitudinale de l'intestin. Même opération pour l'intestin opposé, nettoyage des parties avec la solution borosalicylique, on nouait les quatre fils et posait quatre sutures de Lembert complémentaires avec de la soie fine sur la séreuse.

La coaptation semblait parfaite sans celles-ci, mais la surface du colon n'était pas parfaitement lisse, nettoyage encore des parties, réduction et sutures de l'abdomen. La guérison du malade ne fut interrompue par aucune douleur ni de la fièvre. Passage du gaz intestinal par le rectum le troisième jour, le huitième jour un morceau fécaloïde gros comme une petite noix s'échappait. Quelques foeces s'échappaient journellement par l'anus artificiel, mais ne tardaient pas de passer par le rectum aussi. Le dixième jour, selle normale par le rectum, quinzième jour, selle beaucoup meilleure, L'anus artificiel est maintenant complètement bouché et tout passe par le rectum. Pendant un mois toutes les selles, une seule exceptée, furent examinées pour les traces des plaques et des fils, mais on ne les a jamais trouvées. Il y a actuellement huit semaines depuis l'opération, le malade s'est engraissé plus que jamais depuis bien des années, selles journalières, convalescence absolument indolore. Il reste une petite fistule cœcale de la première opération, qui ne laisse rien sortir et n'empêche pas les promenades du malade, on la fermera bientôt par dissection de ses bords et leur suture.

On doit dire qu'avant la dernière opération, l'urine du malade contenait cinq pour cent d'albumine, ce qui rendait impératif de lui éviter une longue opération.

Cinq cas d'iléo-colostomie

Observation 59 (Atkinson).

Iléo-colostomie pour occlusion; guérison.

G. F..., âgé de 22 ans, entrait à General-Infirmary le 25 novembre 1891 ; occlusion intestinale, symptômes depuis neuf jours pendant lesquels toute médication restait inefficace, actuellement douleur et vomissements très accentués ; à l'examen on trouve l'abdomen tendu et tympanique, particulièrement du côté droit, douleur en travers de l'hypogastre qui lui cause des nausées, la fosse iliaque droite sensible à la pression, résonnance de tout l'abdomen, et on

peut voir les actions intestinales au travers la paroi. le malade dit avoir passé un peu de gaz le matin, mais deux lavements administrés depuis son entrée ne lui donnent aucun soulagement, piqûre de morphine. Le jour suivant, opération, incision longue de douze centimètres sur le bord externe du droit abdominal droit, l'ouverture du péritoine laisse échapper un peu de liquide clair, pas trace de typhlite ni périty phlite, les anses de l'intestin grêle très distendues se pressent dans la plaie, on les trouve réunies par des adhérences anciennes, le cœcum complètement vide ; l'occlusion inopérable, on pensait à faire un anus contre-nature mais M. Littlewood, qui assistait à l'opération, me rappelait un cas semblable qu'il avait opéré par anastomose. Par conséquent le colon, aussi près du cœcum que possible, fut incisé et une plaque d'os (Senn) insérée, alors on isolait par ligature élastique une anse de l'ileum, l'incisait et y introduisait une plaque semblable, approximation et fermeture de l'abdomen. Durée de l'opération, une heure et quart; pendant les douze heures qui suivirent, le malade avait deux selles liquides et abondantes, se trouvait très bien le matin suivant et guérit sans incident autre qu'un abcès de la paroi huit jours après l'opération, facilement guéri. Pendant trois jours il prenait du lait en petites quantités ; au bout de huit jours, gâteaux de riz, de la viande hachée, et quelques jours plus tard mangeait de tout. (L'auteur croit que cette opération remplacerait souvent la nécessité de créer un anus contre nature).

Observation 60 (Barling).

(Iléo-colostomie, sphacèle d'une anse intestinale. Mort).

M. Barling présente les restes des plaques de Senn employées pour une anastomose intestinale par cette méthode. Opération pour gangrène herniaire du gros intestin dans la région inguinale droite, qui laissait échapper tout le contenu de l'intestin. Pendant l'opération, il fut nécessaire de lier des vaisseaux du mésentère et de l'intestin grêle, ce qui causait le résultat fatal, le sixième jour, à la suite d'une perforation de l'intestin grêle à la partie déprivée de la

circulation du sang. A l'autopsie, on trouvait l'anastomose de l'ileum, à 25 centimètres de la valvule iléo-cœcale avec le colon transverse, union solide, et ouverture patente. Il ne restait plus qu'un dixième de la plaque employée dans l'intestin, un tiers de la plaque dans le colon restait seulement, pas encore résorbée.

Observation 61 (Littlewood).

Iléo-sigmoïdostomie pour occlusion par néoplasme malin sur la coudure hépatique du colon.

G. F..., âgé de 35 ans, entrait à Leeds-Infirmary le 17 mars 1891. Symptômes d'occlusion intestinale, vomissements depuis trois jours, aucun passage de gaz ni de matières pendant cet intervalle. A son entrée, il est très malade. Les attaques spasmodiques de douleur abdominale aiguës, vomissements fréquents, abdomen distendu, et on voit se dessiner les intestins se contractant au-dessous de la paroi abdominale, tout l'hypogastre droit est mat à la percussion. Avant son entrée, on lui avait donné de la morphine, un peu après son entrée, action intestinale, et un lavement détermine une deuxième évacuation intestinale très abondante. Le malade, amélioré sans douleur ni vomissements, quitte l'hôpital le 17 mars, pour rentrer le 14 août, occlusion intestinale bien marquée. Depuis sa première attaque, il n'a jamais eu une parfaite santé, attaques fréquentes de vomissement et de constipation, douleurs après les repas, ne pouvant travailler que deux ou trois jours sans interruption, dernièrement les attaques augmentent et deviennent plus fortes. Aucune action intestinale depuis cinq jours, mais peu de collapsus ; température 37°, pouls 100. Abdomen distendu, résonnant.

Dans les parties déclives des flancs, on peut voir les mouvements fréquents des anses intestinales à travers la paroi abdominale, le palper excite ces mouvements. Aucune tumeur ne peut être sentie dans l'abdomen. Il se plaint d'une douleur grippale intermittente s'irradiant dans tout l'abdomen et entre ces attaques une sensation de distension ; a vomi

plusieurs fois depuis son entrée, mais jamais de matière fécaloïde, n'a jamais rendu de sang par l'anus, toucher rectal négatif. Un lavement de 500 grammes d'huile d'olive chaude, suivi d'un lavement simple, provoque une bonne évacuation. Malade un peu soulagé, mais après consultation on décide une opération, diagnostic rétrécissement néoplasique du colon, 24 août. Ether, incision médiane longue de huit centimètres entre l'ombilic et le pubis sur le bord droit de l'abdominal droit, hémostase, ouverture de la cavité péritonéale, les petits intestins très distendus, quelques parties de l'iléon, d'un diamètre de deux pouces, cœcum et colon ascendant distendus, colon transverse, descendant et sigmoïde vides, une masse néoplasique grosse comme une orange se trouve adhérente à la coudure hépatique du colon. M. Robson, qui assistait à l'opération, déconseillait l'ablation de la tumeur et on s'est décidé à faire une anastomose de l'iléum avec l'anse sigmoïde. On attirait une anse de l'iléon hors de la plaie, isolait une portion entre deux bandes élastiques après les avoir vidées, une partie de l'anse sigmoïde attirée aussi fut traitée de la même façon, par une incision sur leurs surfaces convexes on insérait les plaques d'os décalcifiées, quatre sutures complémentaires et on réduisait les parties dans l'abdomen qu'on fermait, après toilette, par des sutures à trois étages. Le 26 août, le malade se sent très bien, a passé du gaz, aucun vomissement, température normale, abdomen moins tendu. 28 août, malade très bien, évacuation intestinale aujourd'hui et le malade peut s'asseoir sur son lit. 1er septembre, progrès marqué, pansement, guérison de la plaie, aucune tension abdominale, une des plaques passait par le rectum aujourd'hui. 14 jours après l'opération le malade se levait et quittait l'hôpital trois semaines après l'opération et reprenait son travail de mineur le 9 octobre 1891. L'avantage des plaques de Senn sur les sutures me semble manifeste.

Observation 62 (Morison).

Iléo colostomie pour occlusion par cancer de l'anse iléo-colique. Guérison.

R. W..., âgé de 57 ans, fabricant de couleurs, entrait à Royal-Infirmary, le 29 juillet 1891, pour de la constipation et des attaques répétées de douleurs abdominales. Il y a quatorze mois, en se pliant sur un tonneau, le malade fut pris d'une douleur dans la partie inférieure droite de l'abdomen, qui le forçait de quitter son travail pour la journée, mais cessait bientôt. Un mois plus tard, sans cause appréciable, la douleur est apparue de nouveau dans le même endroit, s'étendant entre l'ombilic et le testicule et accompagnée en même temps d'une sensation de crampe au talon. Cette attaque persistait pendant huit jours, dont les premiers trois jours se passaient sans aucune évacuation de gaz ni de matières fécales, mais après ce délai, l'occlusion cédait aux fortes purgations. Le malade n'a jamais vomi. Depuis cette époque il souffre de temps en temps d'attaques semblables, jamais espacées à plus qu'un mois d'intervalle. Depuis la première attaque, les intestins ne fonctionnent qu'à la suite d'administration des purgatifs. Le malade a perdu 14 livres de son poids et depuis six mois tout travail est impossible, à cause de son état de maladie. *Etat actuel*, malade d'apparence mal nourri, déprimé, à figure tirée, pouls 84, fort et régulier, outre que l'état de l'abdomen, on ne trouve aucune trace de maladie des autres organes. A la palpation profonde de l'abdomen à deux centimètres et demi en dedans et trois travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, on trouve une masse mal déterminée, arrondie et solide, couchée sur la paroi postérieure de l'abdomen, se déplaçant un peu du haut en bas avec les mouvements respiratoires, indolore à la pression, mais sensible. On décide à faire une incision exploratrice. Le 7 août 1891, incision verticale sur le bord externe de la gaine du muscle droit de l'abdomen à droite, longue de dix centimètres, la tumeur attirée dans la plaie, on la voit arrondie, longue de huit centimètres, intéressant la région ileo-cœcale.

Par le caractère de la tumeur et l'apparence d'invagi-

nation de l'iléon à son point d'entrée dans le colon, on diagnostiquait une invagination chronique de la valvule iléo-cœcale. Un essai de réduction restait infructueux et menaçait de produire des déchirures. On tirait dans la plaie une anse de l'iléon et une partie du colon ascendant, les entourait avec des éponges et incisait chaque partie, isolée par des bandes élastiques, sur la convexité. On fit l'anastomose à l'aide des plaques de Senn et quelques sutures de Lembert, complémentaires. Greffe épiploïque autour de l'intestin, et réduction des parties dans l'abdomen. Aucun incident post-opératoire, jusqu'au 14 août, quand la température montait subitement à 39° et le malade, sans se plaindre néanmoins, ne paraissait pas si bien. Ablation des sutures le 15 août, qui laissait échapper un peu de pus. Progrès sans incident. Le malade quitta l'hôpital sur sa demande, le 21 août. Pendant le premier mois une tendance à la diarrhée, mais après, l'action intestinale devenait régulière et normale. L'appétit devenait très bon, aucun trouble abdominal. Le 17 octobre 1891, le malade est mort d'une bronchite et on a pu avoir les résultats de l'*autopsie*. Il existe une cicatrice ferme et saine de la paroi abdominale, quelques adhérences épiploïques anciennes dans le voisinage de la plaie. L'épiploon complètement adhérent autour de l'anastomose qu'on trouve établie entre l'iléon à cinq pouces de sa terminaison iléo-cœcale et le colon, à quatre pouces du cœcum. Il ne reste qu'un seul fil de soie apparent. L'anastomose est complète, forte et assurée, l'orifice laisse pénétrer l'extrémité du pouce, ses bords sont lisses et arrondis. A l'union normale de l'ileon avec le colon (valvule iléo-cœcale), on trouve une occlusion complète, à cet endroit et dans le cœcum, la surface est ulcérée. L'examen microscopique démontre la tumeur, être un carcinome à cellules cylindriques, et la pathologie être un rétrécissement malin de la valvule iléo-cœcale, invagination chronique.

Observations 63 (Mayo Robson).

Iléo-colostomie pour guérir anus contre nature, néoplasme du colon. Guérison.

Un homme âgé de 56 ans me fut adressé pour une occlusion intestinale aiguë, suite d'une affection intestinale chronique d'une durée de plusieurs mois. Abdomen très distendu, vomissements depuis plusieurs jours. Laparotomie immédiate sur la ligne médiane. On trouvait le siège de l'occlusion, un rétrécissement du colon ascendant juste au-dessus du cœcum, causé par un néoplasme complètement adhérent aux parties avoisinantes. L'état du malade défendait une opération prolongée ; par conséquent, on amenait et suturait l'extrémité inférieure de l'iléon dans la plaie, où on la ponctionnait le jour suivant avec un trocart (cas publié en détail, Brit. Med. Journ., 92, vol. 1, p. 65). Guérison sans accident et le malade rentrait chez lui au bout d'un mois, très soulagé, mais porteur d'une fistule stercorale-anus contre nature. A la fin du deuxième mois après l'opération, il est rentré pour le retour de ses symptômes, le malade ayant permis à sa fistule de se fermer, une dilatation de la fistule le soulage et il accepte l'opération que j'avais proposé, une anastomose intestinale à l'aide d'une bobine d'os décalcifiée qui fut faite de suite ; guérison sans incident, le pouls et la température n'ont jamais passé la normale, évacuation intestinale par l'anus le jour suivant l'opération et journellement après. Réunion de la plaie par première intention, le malade se levait au bout de quinze jours et rentrait chez lui à la fin du mois. Actuellement se porte très bien, a repris son travail.

Discussion.

Les cinq derniers cas d'anastomose intéressent le colon ou l'anse sigmoïde ; quatre succès et une mort. La mort, obs. 60, fut causée par une sphacèle d'une anse intestinale, autre que celle prise pour l'anastomose, sphacèle due à une faute de l'opérateur qui liait les vaisseaux du mésentère sans s'occuper de réséquer l'anse intestinale que son action destinait à la gangrène, l'approximation ne doit pas être incriminée.

Trois observations d'iléo-colostomie avec résection du cœcum, obs. 10, 17 et 55, consignées dans la thèse du Dr Baillet, donnent deux succès. L'observation 55, page 96 de cette thèse, raconte la terminaison fatale de l'opération, iléo-colostomie pour invagination iléo-cœcale, la partie invaginée incomplètement réséquée donne lieu à une perforation, péritonite septique et mortelle, l'anastomose en très bon état, cet accident dans les mains de Senn lui-même ne laisse aucun reproche pour la méthode d'approximation.

RÉSUMÉ.

Quinze cas d'anastomose entre viscères autres que l'estomac nous donnent trois morts, deux causées par l'insuffisance de la résection de l'intestin sphacélé, la troisième par sphacèle d'une anse intestinale non intéressée par l'approximation. Cette mortalité de 20 % pour l'anastomose intestinale ne touche pas la méthode d'approximation.

Quelques critiques de la méthode de Senn parlent des fautes d'approximation donnant suite aux accidents les plus graves. Ils ont négligé de fournir l'indication bibliographique des cas en question. Malgré nos recherches nous n'avons pu trouver aucun accident de cette espèce et nous refusons absolument d'admettre ces accusations sans avoir l'indication bibliographique qui permettra une vérification et qu'un critique honnête doit citer quand il formule des accusations aussi graves.

CONCLUSIONS

L'approximation viscérale par plaques absorbables a fait ses preuves.

La durée de l'opération très diminuée, sa mortalité beaucoup moindre, établissent sa supériorité à toute méthode de suture.

L'opération, par sa simplicité, se trouve à la portée de tout chirurgien rompu aux opérations intra-péritonéales.

Les six dernières années, quarante-trois gastro-entérostomies faites par vingt-cinq chirurgiens — la plupart essayant la méthode pour la première fois — n'ont donné aucun accident par insuffisance de l'approximation.

Le rétrécissement de l'orifice reste la seule objection sérieuse citée contre la méthode. Il est démontré que les procédés de suture sont autant exposés à cette critique. L'agrandissement des incisions et des plaques peut être fait pour prévenir un accident semblable.

En face de ces résultats on ne doit pas hésiter d'abandonner les procédés de sutures à cause de leur mortalité élevée, leur insuffisance et la longueur excessive de l'opération.

La sécurité et la rapidité de l'approximation par plaques absorbables diminuent la valeur de l'entérotome pour guérir l'anus contre nature, et la facilité d'une résection immédiate limite sévèrement l'indication d'un anus contre nature comme procédé opératoire en cas de perforation ou de sphacèle de l'intestin.

Les résultats supérieurs de cette méthode ne font qu'accentuer le devoir du médecin de faire bénéficier son malade d'une intervention immédiate, d'autant plus que par cette approximation rapide, la pylorectomie devient une opération d'une mortalité peu élevée.

La sécurité de l'approximation est assurée, que le médecin nous assure un assez bon état du malade pour éliminer de nos statistiques les morts de « choc » et de « cachexie trop avancée ».

BIBLIOGRAPHIE

Expériences, technique, sans observations, statistiques, etc.

Ashton. — Medical News, 1891, page 230.
Medical Times ; Register, 1892, vol. 24, p. 312.
Maryland Medical Journal, 1892, vol. 27, p. 773.
Proceedings Phila. Co. Med. Soc., 1892, vol. 13, p. 149.

Bacon — Annals of Surgery, 1893, vol. 17, p. 576.
Western Medical Reporter, 1893, vol. 15, p. 49.

Billroth. — Wiener Klin. Wochenschrift, 1891, p. 627.

Brokaw. — Medical News, 1889, vol. 55, p. 634.
Weekly Medical Review, 1889, p. 121.
International Jour. of. Surgery, nov. 1889.
St.-Louis Courrier, 1890, vol. 2, p. 355

Chalot. — Opérations chirurgicales.

Cordier. — Journal of. Am. Med. Association, 1891, vol. 17, p. 263.

Dawbarn. — New York Medical Record, 1891, vol. 39, p. 725.
Annals of Surgery, 1893, vol. 17, p. 147.

Grant. — Annals of Surgery, 1892, p. 126.
American Practioner News, 1893, vol. 16, p. 289.

Jessett. — British Med. Journal, 1889, vol. 1, p. 590, vol. 2, p. 169.
» » » 1891, vol. 1, p. 1377.
» » » 1892, vol. 1, p. 703.

Matas. — New-Orleans Med.-Surg. Journal, 1890-91, vol. 18, p. 97.

Matignon. — Mém. et Bull. de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 1892, p. 656.

Robinson. — Practical Intestinal Surgery.
Cleavland Medical Gazette, 1889-90, p. 442.
New-York Medical Journal, 1890, vol. 52, p. 429.
» » » 1891, p. 47.
North Am. Practitioner, 1890, vol. 2, p. 451.
New-Orléans Med.-Surg. Journal, 1891-92, p. 896.
Medical News, 1891, vol. 58, p. 285.
Annals of Surgery, 1893, vol. 17, p. 557.

Robson. — Semaine Médicale, 1892, vol. 12, p. 485.
British Medical Journal, 1893, vol. 1, p. 787.

Senn. — Intestinal Surgery, Experimental Surgery.
Principles of Surgery.
Trans. IX. International Medical Congress, 1887.
Annals of Surgery, 1888, jan.-juin.
International Med. Magazine, 1892, vol. 1, 279 et 673.
Canadian Practitioner, 1891, p. 317 et 341.
Annals of Gynecology, 1888-89, vol. 2, p. 55 et 119.
Chicago Medical Record, 1891-92, vol. 2, p. 394.
Trans. New-York Medical Association, 1891, vol. 8, p. 191.
Journal of Am. Med. Association, 1893, vol. 21, p. 215.

Shimmell. — Medical News, 1890, vol. 56, p. 389.

Smith. — Abdominal Surgery.

Trèves. — Operative Surgery, vol. 2.

Villar. — Journal de médecine de Bordeaux, 1893, p. 551 et 544.

Von Hacker. — Jahrbuch des K.K. Gesell. der Aertze, in Wien, 1890.

Von Eiselsberg et Salzer.-Beilage.— Centralblatt für Chirurgie, 1891, n° 26, p. 120 et 121.

Von Baracz. — Archiv. für Klin. Chir., 1892, vol. 44, p. 513.
Centralblatt für Chir., 1892, p. 481.
Pans, Towarz. Lek. 1892, vol. 88, p. 683.
» » » 1893, vol. 89, p. 104.

BIBLIOGRAPHIE. — OBSERVATIONS

Allingham. — Trans. Clinical Soc. (Lond.), 1892-93, vol. 26, p. 158.
British Med. Journal, 1893, vol. 1, p. 847.

Atkinson. — British Med. Journal, 1890, vol. 2, p. 962.
Lancet, 1892, vol. 1, p. 1024.

Barling. — British Med. Journal, 1892, vol. 1, p. 915.

Barker. — » » » 1892, vol. 1, p. 61.

Battle. — » » » 1893, vol. 2, p. 994.
Lancet, 1893, vol. 2, p. 1129.

Beatson. — Lancet, 1890, vol. 2, p. 761.

Bennett. — (Voir Ewart).

Brown. — Trans. Clinical Soc. (Lond.), 1891, vol. 24, p. 178.
British Med. Journal, 1891, vol. 1, p. 966.

Carter. — Lancet, 1890, vol. 1, p. 800 (voir Rawdon).
Liverpool Med. Chir. Journal, 1890, vol. 10, p. 494.

Chavasse. — Lancet, 1892, vol. 1, p. 568.

Clarke. — British Med. Journal, 1889, vol. 2, p. 1089.
» » » 1891, vol. 1, p. 798.
Lancet, 1890, vol. 2, p. 1213.

Ewart (voir Bennett).— Trans. Clinical Society (Lond.), 1891, vol. 24, p. 247.
British Med. Journal, 1891, vol. 1, p. 966.

Hankins. — Australasian Medical Gazette, 1891-92, p. 271.

Hester. — » » » 1889-90, p. 303.

Homans. — Boston Med. and Surg. Journal, 1891, vol. 125, p. 488.

Hume. — British Med. Journal, 1893, vol. 1, p. 842.

Jessett. — British Med. Journal, 1892, vol. 1, p. 119.
Lancet, 1890, vol. 2, p. 68.
» 1891, vol. 2, p. 921.
Medical Press and Circular, 1892, vol. 54, p. 234.
Trans. Clinical Society (Lond.) 1891-92, p. 105.

Lane. — Trans Clinical Society (Lond.) 1891, vol. 24, p. 182.
Lancet, 1891, vol. 1, p. 1101.
British Med. Journal, 1891, vol. 1, p. 1071.

Larkin. — Lancet, 1891, vol. 2, pages 72, 667, 1222.

Lawson. — Lancet, 1893, vol. 1, p. 649, résumé dans l'obs. 17 de la Thèse de Paris, 1894. — Dr Baillet.

Littlewood. — Lancet, 1892, vol. 1, p. 864.

Mansell-Moullin. — Lancet, 1893, vol. 2, p. 428.

Morison. — British Med. Journal, 1893, vol. 1, p. 841, vol. 2, p. 1148.
Medical Press and Circular, 1892, vol. 54, p. 107.

Purcell. — Lancet, 1892, vol. 1, p. 1238.

Ramsay. — North-west. Lancet (St-Paul), 1891, vol. 2, p. 152.

Rawdon. — British Med. Journal, 1890, vol. 1, p. 323, voir Carter.

Renton. — » » » 1892, vol. 1, p. 64.
Glasgow Méd. Journal, 1892, vol. 38, p. 424.
Trans. Glasgow Pathological Society, 1891-93, vol. 4, page. 160.

Robson. — Lancet, 1891, vol. 1, p. 1140.
British Med. Journal, 1893, vol. 1, p. 688.
Medico-Chirurgical Transactions (Lond.) 1891-92, vol, 75, p. 407.

Russell. — New-York Med. Journal, 1890, vol. 52, p. 673.

Ruth. — Medical News, 1892, vol. 61, p. 379.
Omaha Clinic, 1893, p. 243.

Senn. — New-York Medical Record, 1891, p. 557 et 589.
Journal of Am. Med. Association, 1890, vol. 14, p.845.
2 obs. résumées dans Thèse de Paris, 1894, du Dr Baillet, obs. 10 et 55.
Trans. N.-Y. Med. Association, 1891, vol. 8, p. 191.

Stamm. — Medical News, 1890, vol. 56, p. 112.
Medical Compendium (Toledo), 1889-90, p. 85.

Stansfield. — British Med. Journal, 1890, vol. 1, p. 294 et 1300.

Taylor (Brookhouse). — Lancet, 1891, vol. 1, p. 718.

Wright. — British Med. Journal, 1892, vol. 1, p. 909.

Von Baracz. — Centralblatt für Chirurgie, 1892, p. 575.

TABLE DES MATIÈRES

Définition 6
Préparation des plaques 7
» du malade 10
Choix d'un anesthésique 11
Gastro-entérostomie
Manuel opératoire 12
Traitement post-opératoire 14
Observations 1-48 . . . . . 16 89
Discussion 89
Résultats éloignés 91
Tableau 96
Pylorectomie 98
Observations 49-51 98
Résumé 105
Voies biliaires 105
Anastomose de l'intestin grêle.
Observations 105 116
Discussion 117
Colo-colostomie 117
Iléo-colostomie.
Observation 120 126
Discussion 127
Résumé 128
Conclusions 129
Bibliographie 131

Lille. — Typ. & Lith. Le Bigot frères, Rue Nationale, 68,

D. HOLZER
BINDER
ST. THOMAS